



SAÚDE E DEMOCRACIA

HISTÓRIA E PERSPECTIVAS DO SUS

NÍSIA TRINDADE LIMA
SÍLVIA GERSCHMAN
FLAVIO COELHO EDLER
JULIO MANUEL SUÁREZ

ORGANIZADORES



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS

Nísia Trindade Lima
Silvia Gerschman
Flavio Coelho Edler
Julio Manuel Suárez
(orgs.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

LIMA, N. T., GERSCHMAN, S., EDLER, F. C., and SUÁREZ, J. M., eds. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, 502 p. ISBN 978-85-7541-367-8.

<https://doi.org/10.7476/9788575413678>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

SAÚDE E DEMOCRACIA

HISTÓRIA E PERSPECTIVAS DO SUS

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Paulo Ernani Gadelha Vieira

Vice-Presidente de Ensino,
Informação e Comunicação
Nísia Trindade Lima

EDITORA FIOCRUZ

Diretora

Nísia Trindade Lima

Editor Executivo

João Carlos Canossa Mendes

Editores Científicos

Gilberto Hochman

Ricardo Ventura Santos

Conselho Editorial

Ana Lúcia Teles Rabello

Armando de Oliveira Schubach

Carlos E. A. Coimbra Jr.

Gerson Oliveira Penna

Joseli Lannes Vieira

Ligia Vieira da Silva

Maria Cecília de Souza Minayo

SAÚDE E DEMOCRACIA

HISTÓRIA E PERSPECTIVAS DO SUS

NÍSIA TRINDADE LIMA
SILVIA GERSCHMAN
FLAVIO COELHO EDLER
JULIO MANUEL SUÁREZ

ORGANIZADORES

3ª Reimpressão



Copyright © 2005 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

ISBN: 85-7541-580-X

1ª edição: 2005

1ª reimpressão: 2006

2ª reimpressão: 2008

3ª reimpressão: 2011

Capa, projeto gráfico

Carlota Rios

Imagem da capa:

Foto de Erik B. Pinto (Manifestação Popular Pró-Constituinte, 1987). Acervo: Radis/Ensp

Revisão e copidesque

Ana Proa

Suporte editorial (aos organizadores):

Rosana Soares Lima Temperini (Fiocruz) e Luciana de Deus Chagas (Opas)

Este livro contou com apoio da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)

Catálogo-na-fonte

Centro de Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

L732s Lima, Nísia Trindade (org.)

Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. /
Organizado por Nísia Trindade Lima, Sílvia Gerschman e Flavio
Coelho Edler. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2005.
504 p. tab., graf., mapas.

1.Democracia. 2.Saúde. 3.SUS (BR). – história. 4. Reforma sanitária.
I. Gerschman, Sílvia (org.) II. Edler, Flavio Coelho (org.) III. Título.

CDD - 20.ed. – 362.1

EDITORA FIOCRUZ

Av. Brasil, 4036 – Térreo – sala 112 – Manguinhos

21040-361 – Rio de Janeiro – RJ

Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9041

Telefax: (21) 3882-9006

e-mail: editora@fiocruz.br

<http://www.fiocruz.br/editora>

AUTORES

Amélia Cohn

Socióloga, livre-docente pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), professora associada do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina (FM/USP) e coordenadora de pesquisas do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec).

Ana Luiza D'Ávila Viana

Economista, doutora em Economia pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e professora do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (DMP/USP).

Carmen Fontes Teixeira

Médica, doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/Ufba) e professora do ISC/Ufba.

Cristina M. O. Fonseca

Historiadora, mestre em História pela Universidade Federal Fluminense (UFF), doutoranda em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (Inperj) e pesquisadora titular da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz).

Dilene Raimundo do Nascimento

Médica, doutora em História pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e pesquisadora titular da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz).

Flavio Coelho Edler

Historiador, doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) e pesquisador titular da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz).

Francisco Viacava

Médico, mestre em Medicina Preventiva e Social pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP) e chefe do Departamento de Informações em Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz (DIS/Cict/Fiocruz).

Gastão Wagner de Sousa Campos

Médico sanitarista, livre-docente pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/Unicamp) e professor da FMC/Unicamp.

Gilberto Hochman

Graduado em Administração Pública, doutor em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (Iuperj) e pesquisador titular da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz).

Jorge Pereira Solla

Médico, mestre em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/Ufba) e secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

José Carvalho de Noronha

Médico, doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) e médico do Departamento de Informações em Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz (DIS/Cict/Fiocruz).

Ligia Bahia

Médica, doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e professora adjunta do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Luiza Sterman Heimann

Médica sanitária, mestre em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP) e coordenadora do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde – Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Maria Alicia D. Ugá

Economista, doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) e pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Maria Eliana Labra

Cientista política, doutora em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (Iuperj) e pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Maria Helena Machado

Socióloga, doutora em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (Iuperj), pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde.

Maria Helena Mendonça

Socióloga, doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) e pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Marta Arretche

Socióloga, PhD em Ciência Política pelo Massachusetts Institute of Technology e professora do Departamento de Ciência Política da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH/USP).

Nísia Trindade Lima

Socióloga, doutora em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ), diretora da Casa de Oswaldo Cruz e pesquisadora titular da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz).

Reinaldo Guimarães

Médico, mestre em Medicina pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) e vice-presidente de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Renata Arruda de Bloch

Psicóloga, mestre em Administração Pública pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), pesquisadora assistente do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, (DCS/Nupes/Daps), Ensp/Fiocruz.

Rosa Maria Marques

Economista, PhD em Ciências Econômicas pela Université Pierre Mendès France de Grenoble e professora titular do Departamento de Economia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Sarah Escorel

Médica, doutora em Sociologia pela Universidade de Brasília (UnB), pesquisadora titular do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz).

Silvia Gerschman

Socióloga, doutora em Ciências Sociais pela Universidade de Campinas (Unicamp) e pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Thelma Ruth Cruz Pereira

Médica sanitária, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), consultora da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

ORGANIZADORES

Nísia Trindade Lima

Silvia Gerschman

Flavio Coelho Edler

Julio Manuel Suárez

Médico, especialista em Psiquiatria, mestre em Saúde Pública, com pós-graduação em Administração de Serviços de Saúde, Epidemiologia, Pesquisa e Gestão de Projetos, e coordenador em desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da Representação Opas/OMS no Brasil.

SUMÁRIO

PREFÁCIO	11
APRESENTAÇÃO	15
PARTE I – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM PERSPECTIVA HISTÓRICA	
1 – A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica	27
<i>Nísia Trindade Lima, Cristina M. O. Fonseca e Gilberto Hochman</i>	
2 – As Origens da Reforma Sanitária e do SUS	59
<i>Sarah Escorel, Dilene Raimundo do Nascimento e Flavio Coelho Edler</i>	
3 – As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS	83
<i>Sarah Escorel e Renata Arruda de Bloch</i>	
4 – Romance de Formação de um Sanitarista: um estudo de caso	121
<i>Gastão Wagner de Sousa Campos</i>	
PARTE II – TEMAS CENTRAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DO SUS	
5 – As Condições de Saúde dos Brasileiros: duas décadas de mudanças (1980-2000)	153
<i>José Carvalho Noronha, Thelma Ruth Cruz Pereira, Francisco Viacava</i>	
6 – O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos	193
<i>Maria Alicia D. Ugá e Rosa Maria Marques</i>	

7 – Ciência, Tecnologia e Inovação: um paradoxo na Reforma Sanitária	235
<i>Reinaldo Guimarães</i>	

8 – Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária	257
<i>Maria Helena Machado</i>	

PARTE III – PRINCÍPIOS, IMPLANTAÇÃO E DESAFIOS DO SUS

9 – A Política da Política de Saúde no Brasil	285
<i>Marta Arretche</i>	

10 – Descentralização e Desigualdades Regionais em Tempos de Hegemonia Liberal	307
<i>Silvia Gerschman e Ana Luíza D'Ávila Viana</i>	

11 – Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios	353
<i>Maria Eliana Labra</i>	

12 – O SUS e o Direito à Saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde	385
<i>Amélia Cohn</i>	

13 – O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro	407
<i>Lígia Babia</i>	

14 – Modelo de Atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas	451
<i>Carmen Fontes Teixeira e Jorge Pereira Solla</i>	

15 – A Trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade	481
<i>Luíza Sterman Heiman e Maria Helena Mendonça</i>	

PREFÁCIO

As políticas de saúde vêm sendo centrais nas políticas públicas do país há pelo menos um século. De fato, a crise sanitária que acometeu a capital da recém-proclamada República, na virada dos séculos XIX e XX, gerou as primeiras grandes iniciativas de saúde pública, com as memoráveis campanhas de Oswaldo Cruz contra a peste e a febre amarela. Evidente, todos sabemos, que esses eventos do alvorecer do século XX no Rio de Janeiro não foram isentos de polêmicas e contradições. A Revolta da Vacina, que no ano passado completou cem anos, é o exemplo mais bem acabado da paixão que as políticas públicas de saúde despertam nos governantes, políticos e na população em geral.

Todo o transcorrer da primeira metade do século XX foi marcado por evoluções institucionais importantes no setor saúde, observando-se que o Ministério da Saúde, criado em 1953, foi como que emergindo de um ‘poliministério’ para um ministério duplo, Educação e Saúde, e, finalmente, para uma unidade isolada. A tradição campanhista da sua origem e sua vocação para o controle de doenças e o saneamento plasmou-se naquela nova estrutura. As condições sociais e de saúde daquela primeira metade de século justificam a evolução institucional e a manutenção da sua vocação preliminar: endemias ditas rurais, população dispersa, eminentemente do campo, cidades em lenta evolução, alta mortalidade infantil por doenças infecciosas, parasitoses e diarreias.

Paralelamente, desenvolve-se a atenção aos indivíduos: os grandes institutos passam a fornecer assistência ambulatorial e hospitalar aos seus segurados, com serviços próprios ou comprados ao setor privado; a massa sem proteção previdenciária buscava o raro alívio disponível nas Misericórdias e Beneficências.

O crescimento da Previdência Social foi flagrante do final da década de 1960 em diante, para dar sustentação ao grande projeto de empresariamento da saúde, que se torna um setor econômico muito dinâmico: serviços hospitalares com elevada complexidade tecnológica; florescente indústria de medicamentos e equipamentos e/ou franca importação destes produtos; expansão do ensino médico e de outros profissionais da saúde. Os primeiros grandes anos dessa explosão setorial não tinham sido contaminados com a crise previdenciária que se abateria nos anos subseqüentes, quando as aposentadorias e pensões crescentes passaram a cobrar seu quinhão do sistema, sem o devido lastro financeiro.

Nesse contexto é que a sociedade brasileira se mobiliza para o processo de redemocratização. Os dois textos deste livro, que têm Sarah Escorel como primeira autora, discorrem exatamente sobre as origens da Reforma Sanitária da década de 1980, que está cravada na redemocratização, com sua bela construção política e acadêmica e com o extraordinário processo das Conferências de Saúde.

O SUS tem sua origem na crise do modelo vigente e numa intensa mobilização popular em torno da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que desembocou no debate sobre a Constituinte e, finalmente, na Constituição Federal de 1988. Seu capítulo sobre saúde é único em termos de visão do campo da saúde em textos constitucionais. Vincula a situação de saúde às políticas econômicas e sociais e define os princípios do sistema, que depois seriam plasmados nas Leis 8.080 e 8.142, de 1990. Antes disso, em 1989, sem alardes, ocorre a fusão do Ministério da Saúde e do Inamps, inaugurando uma nova etapa institucional do setor saúde no país. As duas culturas e respectivas burocracias tiveram grande dificuldade de se fundir; talvez até hoje tenhamos uma dicotomia importante no Ministério da Saúde, entre as estruturas que tratam da doença e as que tratam da saúde pública, da prevenção etc.

É um sistema de saúde robusto, embora ainda com muitos problemas. Realiza milhões de internações e o número de procedimentos de todos os tipos passa do bilhão todos os anos. Seu Programa Nacional de Imunizações é um dos mais bem-sucedidos do mundo: atestam-no as altas coberturas alcançadas para todos os imunizantes, sem exceção, e a queda nos índices das doenças transmissíveis controláveis por imunização, como difteria, coqueluche, tétano, rubéola, caxumba e as infecções causadas pelo *H. influenza*. A pólio foi eliminada e o sarampo está praticamente erradicado do país. Foi implantada a regulação da assistência médica supletiva, com a criação da Agência Nacional de Saúde

Suplementar (ANS), e estruturadas a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária, esta através da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A atenção básica vem se estruturando em torno da estratégia da saúde da família, que já conta com cerca de 25 mil equipes e cobre aproximadamente 80 milhões de pessoas.

Os grandes problemas do SUS residem certamente na média e alta complexidade, assim como na assistência farmacêutica, inclusive a básica. Além da questão estrutural do financiamento e, conseqüentemente, do valor dos repasses federais a estados e municípios, assim como do valor da remuneração dos serviços e procedimentos. O ex-ministro Jatene, em recente comunicação à Academia Nacional de Medicina, mencionava que, considerando as taxas de inflação gerais e de saúde do período 1995-2005, chegamos a este último ano com previsão de gastos absolutamente iguais aos do primeiro, embora a população tenha tido um acréscimo de mais de 20% no período.

Vários temas de altíssima relevância para o sistema de saúde do país são abordados neste livro, por reconhecidos especialistas nos respectivos assuntos: a situação de saúde, o financiamento do SUS, C&T em saúde, os trabalhadores da saúde no país, a descentralização, os conceitos de saúde, a universalização *versus* a focalização, o público e o privado, o modelo de atenção à saúde praticado e a estratégia da saúde da família. É um dos mais abrangentes, profundos e qualificados exercícios analíticos sobre o sistema de saúde brasileiro desenvolvido nos últimos anos. Um livro que certamente dará imensa contribuição ao aperfeiçoamento do sistema que generosamente analisa e critica.

Paulo Marchiori Buss

Pesquisador Titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Presidente da Fundação Oswaldo Cruz

APRESENTAÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido analisada como a mais bem-sucedida reforma da área social empreendida sob o novo regime democrático. Em sua gênese, pode-se identificar a organização de expressivo movimento sanitarista em meados da década de 1970, em contexto profundamente marcado pela resistência social e política ao regime autoritário. A questão da saúde, assim como outras demandas da sociedade brasileira por liberdades civis e bens coletivos que fossem capazes de diminuir as profundas desigualdades de renda e de acesso a serviços públicos, foi um dos eixos da luta social e política durante as décadas de 1970 e 1980.

Não foi a primeira vez na história da sociedade brasileira em que ocorreu uma significativa politização do debate sobre as condições de saúde. Durante a Primeira República, organizou-se, sob a liderança de expoentes da saúde pública, movimento intelectual que preconizava o saneamento como caminho para a construção da nacionalidade e para a civilização. Décadas mais tarde (1950 e 1960), a relação entre saúde e desenvolvimento foi defendida, a despeito dos conflitos em torno do entendimento sobre as relações causais entre os dois termos – condições de saúde ou desenvolvimento econômico como pré-requisito. Ainda que muitos temas do passado tenham continuidade, a grande novidade trazida com o movimento sanitarista recente consistiu na afirmação do binômio saúde e democracia.

No contexto em que se fortaleceu o movimento democrático em oposição ao regime militar, a relação entre saúde e democracia esteve no centro do debate político. Tal compreensão acentuou-se nos debates travados durante a

8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual se definiram princípios e linhas de atuação do projeto de Reforma Sanitária que viria a orientar a proposta do movimento sanitário no processo constituinte de 1988.

Nos anos que mediaram a 8ª Conferência e a Assembléia Constituinte, teve lugar um complexo processo de negociação política que envolveu lideranças da área de saúde, parlamentares e Poder Executivo. Na nova constituição, afirmou-se a importância de promover a saúde como direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de provê-la a todos os cidadãos. Sob o preceito constitucional “Saúde direito de todos e dever do Estado”, defendeu-se a assistência médico-sanitária integral e de caráter universal, com acesso igualitário dos usuários aos serviços, sendo estes hierarquizados e a sua gestão descentralizada. Estabeleceu-se que as ações de saúde deveriam estar submetidas a organismos do Executivo com representação paritária entre usuários e demais representantes – do governo, nas suas diversas instâncias, dos profissionais da saúde e do setor privado.¹ Firmaram-se os princípios norteadores do SUS: universalidade, integralidade, participação e descentralização.

O sistema deveria ser financiado com recursos transferidos da União para estados e municípios, e os serviços de assistência privados deveriam ser prestados de forma complementar e subordinados às estratégias globais da política setorial. A descentralização da política de saúde foi um princípio incorporado à Constituição de 1988, imaginando-se um sistema político democrático federativo, constituído por efetivas instâncias de descentralização. Afirmava-se a importância do poder local para a construção da democracia, com ênfase no município.

As leis posteriores à Constituição, as 8.080 e 8.142, ambas de 1990, definiram ordenamentos institucionais que, junto às Normas Operacionais Básicas nos anos subseqüentes, complementaram a letra constitucional e moldaram o processo de implantação da política. Definiram-se fóruns de negociação e deliberação com assento dos novos atores políticos gerados pelo SUS, tais como as Comissões Intergestoras – Bipartite e Tripartite. Esses fóruns se somaram às instâncias de participação e controle social, como as conferências nacionais de saúde que tiveram seu papel redefinido a partir de 1986, e os conselhos de saúde, criados pela Constituição de 1988. Foi se forjando uma complexa engenharia política de representação e articulação de interesses.

¹ *Manual do Gestor. SUS – Conasems-RJ. Brasília: mar. 1997.*

A criação do SUS, no Brasil, tem sido também analisada como resultado de um movimento que se apresentou na contracorrente das reformas da saúde de cunho neoliberal, baseadas no conceito de ajuste estrutural defendido pelo Banco Mundial na década de 1980. Em 1987, esse organismo divulgou o documento “Financing health services in developing countries: an agenda for reform”, no qual criticava-se de modo categórico a proposta de se buscar assegurar gratuitamente o acesso universal a todos os serviços de saúde nos países em desenvolvimento. Alguns anos mais tarde, o Banco Mundial passou a defender a oferta de um pacote essencial de serviços e a atuação reguladora dos governos sobre o mercado de serviços médicos. Ainda que se possa identificar mudanças nos documentos e nas idéias defendidas por esse organismo, destaca-se a distância em relação às teses aprovadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, na Conferência de Alma Ata. Como observa Mattos,² verifica-se, a partir da década de 1980, expressiva mudança no papel das agências internacionais e o crescente protagonismo do Banco Mundial, cujas idéias começaram a pautar o debate internacional acerca das políticas de saúde para os países em desenvolvimento, com ênfase no redimensionamento da atuação governamental, que deveria se orientar pela seleção de intervenções baseadas em critérios de eficácia em termos de custo.

No receituário do Banco Mundial e do FMI, à esfera pública caberia uma ação direcionada para os grupos sociais impossibilitados de responder às ofertas do mercado para o provimento dos serviços de saúde. De acordo com Costa e Mello,³ a partir da década de 1980, o ‘paradigma da economia da saúde’, baseado nos princípios da focalização e da seletividade, passou a orientar a ação de organismos como o Banco Mundial, contrapondo-se ao tradicional ‘paradigma da saúde pública’, que orientou historicamente as iniciativas da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas).

Em um contexto internacional refratário a princípios como universalidade e integralidade da atenção à saúde, o caráter inovador da Reforma Sanitária no Brasil foi uma das principais motivações para que a Opas convidasse a Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz a organizar o presente

² MATTOS, R. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 377-389, 2001.

³ COSTA, N. R. & MELO, M. A. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, 11: 49-108, 1994.

volume. Não se tratava de um empreendimento simples, nem tampouco algo que pudesse ser realizado com base em um único grupo de pesquisa. Desde o início, considerou-se fundamental a participação de pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) e de outras instituições do campo da saúde coletiva. Definiu-se que os objetivos da publicação deveriam ir bem além do inventário das motivações e ações do movimento sanitário recente, considerando a reforma de saúde à luz de uma perspectiva histórica mais ampla. Do mesmo modo, considerou-se fundamental analisar, com base nos princípios norteadores do SUS, as condições e o processo de implementação dessa reforma, seus avanços, dificuldades e desafios. Ainda que se considere o SUS como patrimônio da sociedade brasileira, não se poderia pretender estabelecer um texto laudatório em que as tensões, contradições e, ao mesmo tempo, os caminhos alternativos deixassem de ser considerados.

O debate teórico e político, com implicações para os processos decisórios, precisa lidar com os condicionantes relacionados à herança setorial da saúde, à diferenciação entre a assistência médica previdenciária e a saúde pública, às relações entre os setores público e privado, aos problemas federativos e às tensões que se verificam no que se refere à definição e implementação de políticas sociais em um país marcado por profundas desigualdades.

O ideal democrático de participação da sociedade foi igualmente erigido como princípio norteador da reforma da saúde. Avaliar os condicionantes e a efetiva implementação dos mecanismos de participação e controle social, apontando-se possibilidades futuras, é igualmente uma tarefa imprescindível em trabalho no qual se pretende, a um só tempo, divulgar e analisar em perspectiva crítica a implantação do SUS no Brasil.

No que se refere à integralidade, outro dos princípios norteadores do SUS, ao fazer o balanço de seu processo de implementação, cabe a indagação sobre as mudanças no modelo de atenção à saúde, verificando-se até que ponto estão sendo contempladas, de forma integrada, ações de promoção da saúde, de prevenção de riscos e agravos e de recuperação, as últimas ainda dominantes em decorrência do modelo médico-assistencial.

O diálogo marcou todo o processo de elaboração do livro para o qual foi de crucial importância a realização de reuniões com participação dos autores e o seminário “História e Perspectivas do SUS”, realizado em outubro de 2004, no âmbito da programação comemorativa dos cinquenta anos da Ensp. Apesar do subtítulo desta coletânea se referir a ‘história e perspectivas’, seria

impossível dissociar o balanço do legado da experiência política brasileira e os desafios do tempo presente. Como se pode verificar na leitura dos textos, todos os autores abordaram de algum modo o processo histórico de construção do setor saúde. Privilegiaram-se os princípios que orientaram o SUS, não se incluindo no presente volume a abordagem de políticas específicas, direcionadas para determinadas doenças ou grupos sociais, não obstante a relevância política e o caráter inovador que pode se apontado na abordagem teórica e prática de questões específicas, entre as quais poderíamos mencionar as doenças mentais, a Aids e a violência. Alguns temas que vêm pautando o debate político recente, como o da saúde nas metrópoles, também não puderam ser contemplados neste volume, mas já vêm merecendo crescente atenção em fóruns acadêmicos e políticos.

O esforço de reflexão sobre a inovadora experiência de reforma da saúde realizada no Brasil tem acompanhado todo o processo de implantação do SUS em trabalhos dos autores reunidos nesta publicação e em muitos outros que vêm contribuindo para este objetivo em publicações, debates acadêmicos e políticos nos fóruns decisórios da área da saúde. Portanto, este livro pretende ser uma contribuição a um esforço coletivo mais amplo, valorizando a pluralidade de perspectivas e o olhar crítico sobre as idéias e práticas que vêm acompanhando a implementação do SUS. Trata-se, sobretudo, de um convite à reflexão, no momento em que se aproximam os vinte anos da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Na primeira parte, “O Sistema Único de Saúde em Perspectiva Histórica”, quatro artigos oferecem uma visão sobre os antecedentes da Reforma Sanitária da década de 1980, o papel das conferências nacionais de saúde e, a partir de uma trajetória individual, sobre o processo de construção de identidades e as idéias defendidas pelo sanitarismo. Situa-se a reforma da saúde como processo mais amplo no âmbito da história do Estado e da sociedade no Brasil, destacando-se alguns desafios contemporâneos, como é o desafio da participação e da adoção de modelos de gestão coerentes com os princípios da universalidade e da integralidade.

O primeiro artigo, elaborado por Nísia Trindade Lima, Cristina M. O. Fonseca e Gilberto Hochman, detém-se no tema do legado histórico com o qual a implantação do projeto de Reforma Sanitária na década de 1980 teve de lidar: ações verticalizadas, centralização no nível federal de governo e setorialização, referindo-se esse último termo à separação histórica entre saúde pública e assistência médica previdenciária. Destaca-se a importância de uma

reflexão sobre a história das políticas de saúde, que as observe em sua relação com o processo de construção do Estado Nacional.

Os antecedentes e os momentos iniciais da implantação do SUS são o objeto do segundo artigo, elaborado por Sarah Escorel, Dilene Raimundo Nascimento e Flavio Coelho Edler. Os autores apresentam estudo sobre o significado e o alcance do movimento de Reforma Sanitária, a partir dos marcos da história política brasileira pós-1964.

No artigo sobre as conferências nacionais de saúde, Sarah Escorel e Renata Arruda Bloch oferecem um estudo detalhado desse importante fórum de discussão e deliberação, cujo início remonta ao Estado Novo. As autoras enfatizam as mudanças ao longo do tempo, principalmente a partir da 8ª Conferência, observando sua importância para o SUS e a necessidade de se precisar os objetivos desse importante espaço público. Defendem a definição de regras de organização e funcionamento que valorizem o debate em torno de argumentos e a construção de consensos.

A primeira parte se encerra com o artigo elaborado por Gastão Wagner de Sousa Campos, concebido como um romance de formação. O autor nos remete, a partir da narrativa de sua trajetória pessoal e profissional, à experiência de uma geração no processo de construção da Reforma Sanitária brasileira. Trata-se de um olhar sobre trinta anos da história da saúde no Brasil, com destaque para a formação dos sanitaristas e os caminhos, tantas vezes contraditórios, da militância na saúde, na sociedade e na política brasileiras.

Na segunda parte – Temas Centrais para o Desenvolvimento do SUS –, são apresentados quatro eixos temáticos, imprescindíveis para a análise da implementação das políticas de saúde. O quinto artigo do livro, elaborado por José Carvalho Noronha, Thelma Ruth e Francisco Viacava, mostra um quadro da situação sociodemográfica e da saúde nas décadas de 1980 e 1990. Temas como a acelerada urbanização e as discussões em torno da transição demográfica e epidemiológica e seus contornos e especificidades no Brasil são apresentados. Note-se que uma das mais importantes transformações ocorridas na sociedade brasileira durante a segunda metade do século XX consistiu no processo de urbanização. Ainda rural em 1960, duas décadas mais tarde o Brasil se tornou um país de população predominantemente urbana, com 80% da população vivendo hoje em cidades. Esse fenômeno, assim como o envelhecimento, e suas implicações para as condições de vida e para as políticas de saúde são destacados pelos autores.

No sexto artigo, que versa sobre o financiamento do SUS, Maria Alicia D. Ugá e Rosa Maria Marques abordam os obstáculos enfrentados pelo SUS, considerando-os uma decorrência de fatores extra-setoriais, relacionados às políticas de ajuste macroeconômico, e não uma decorrência do modelo de proteção social de cunho universalista adotado. São analisados dados relativos à distribuição das fontes de financiamento, à alocação de recursos do governo federal às esferas estadual e municipal e à evolução do gasto federal em saúde.

Ciência, tecnologia e inovação é o tema do sétimo artigo do livro no qual Reinaldo Guimarães, a partir de uma perspectiva histórica, analisa as relações entre a pesquisa e as políticas de saúde, com base em duas trajetórias paradigmáticas: a dos irmãos Evandro Chagas e Carlos Chagas Filho. Um segundo aspecto abordado, fortemente relacionado ao primeiro, consiste nas relações históricas entre o processo da Reforma Sanitária e as ações de ciência, tecnologia e inovação, cuja relevância tem sido insuficientemente reconhecida no campo da saúde coletiva.

No oitavo artigo, elaborado por Maria Helena Machado, é feita uma análise sobre as relações entre os trabalhadores da saúde e a Reforma Sanitária. A partir da caracterização do SUS como um sistema nacional com foco municipal, são avaliadas as implicações do processo de municipalização para os recursos humanos, especialmente daqueles empregados pelo setor público. A atualidade e relevância do tema dispensam maiores comentários, o que tem sido crescentemente reconhecido também em fóruns internacionais. Em recente debate, comemorativo aos 25 anos da Conferência de Alma Ata, Halfdam Mahler, diretor geral da OMS de 1973 a 1988, lamentou o fato de os recursos humanos terem sido o grande tema ausente nas preocupações da conferência e, por conseguinte, da afirmação da saúde como direito universal.

A terceira parte do livro – “Princípios, Implantação e Desafios do SUS” – foi estruturada em artigos voltados para o resgate conceitual, ideológico e político da Reforma Sanitária brasileira. Organizada à maneira de um diálogo, as novidades de percurso remetem a uma leitura que busca identificar rupturas e continuidades das ações em relação aos princípios norteadores do SUS. Assim, os sete artigos que a compõem têm como propósito contemplar os princípios constitucionais sob a perspectiva da sua implantação, procurando identificar quais os dilemas, os percalços e as reformulações que o campo da saúde atravessou no contexto político, social e econômico da década de 1990 e no início do século XXI.

No nono artigo, elaborado por Marta Arretche, analisa-se o processo de construção institucional do SUS ao longo da década de 1990, acentuando-se a importância de se considerar a interação estratégica dos atores relevantes na formulação e implementação das políticas públicas em saúde. Inicialmente, apresentam-se as principais características do sistema de atenção à saúde anterior à reforma. A seguir, as arenas decisórias são analisadas, procurando-se demonstrar o deslocamento do Parlamento para o Executivo no processo de implantação do SUS.

A seguir, o artigo de Sílvia Gerschman e Ana Luíza D'Ávila Viana discute o processo de descentralização. Apresenta os antecedentes históricos, políticos e institucionais do sistema de saúde e analisa os resultados de pesquisa original sobre a descentralização da política de saúde, demonstrando como a disponibilidade de recursos financeiros é uma variável chave para explicar as diferenças no que se refere à oferta de serviços de saúde no território nacional.

No décimo-primeiro artigo, de Maria Eliana Labra, a prática, os problemas, as potencialidades e os desafios à atuação dos conselhos de saúde são examinados. À luz do debate teórico sobre a teoria democrática participativa, os conselhos são apresentados sob duas perspectivas complementares – análise da esfera pública mais ampla, com ênfase no seu papel inovador, tanto pela extensão como pelo número de cidadãos engajados, e análise do funcionamento dos conselhos na prática, em sua dimensão microsociológica, enfatizando-se os problemas e limites efetivos ao ideal de participação e cidadania plena.

O artigo elaborado por Amélia Cohn tem por objetivo analisar o binômio universalização e focalização, sob a perspectiva da história do SUS. Apresenta-se uma discussão sobre até que ponto a questão da universalização e focalização se coloca especificamente para o caso das políticas de saúde no Brasil, defendendo-se que esse debate vem perdendo espaço desde meados da década de 1990 em decorrência da implementação de políticas e programas de saúde, com ênfase na atenção primária, como os programas Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e Saúde da Família (PSF).

O estudo de Lígia Bahia sobre as relações entre o setor público e privado no SUS é apresentado no décimo-terceiro artigo. Na primeira parte, examina-se o processo de expansão de coberturas e privatização da assistência médica previdenciária e na segunda a reordenação que acompanha o atual modelo de universalização em que se verifica a segmentação da demanda e da oferta de serviços assistenciais.

No décimo-quarto artigo, elaborado por Carmen Fontes Teixeira e Jorge Pereira Solla, são apresentados inicialmente o debate conceitual e as opções políticas colocadas para os gestores do SUS. A seguir são sistematizadas informações da situação atual em termos do perfil da oferta de serviços e, finalmente, a questão da integralidade do modelo de atenção é retomada, buscando-se estabelecer se houve ou não avanços e quais os principais desafios e perspectivas que se colocam aos formuladores de políticas e gestores do sistema.

No texto de Maria Helena Mendonça e Luiza Sterman Heiman, estuda-se o rumo que vem tomando a expansão da atenção básica, pretendendo-se perceber as alterações ocorridas no processo de implantação do SUS. Apresenta-se reflexão sobre a base político-ideológica da Reforma Sanitária e, a partir desse enquadramento, analisa-se a trajetória do PSF.

Resultado de um esforço coletivo, este livro só pôde se concretizar como consequência de apoios institucionais e do empenho de pessoas a quem gostaríamos de agradecer. Ressaltamos a importância do apoio da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e a estreita cooperação que vem pautando as relações entre a Opas e a Fiocruz. Do mesmo modo, cabe uma menção especial à colaboração dos autores e de todos os que participaram dos debates, desde o momento inicial do projeto. As sugestões de José Roberto Ferreira, José Paranaguá e João Baptista Rizzi Jr., especialmente no que se refere ao contraponto da experiência brasileira em relação à reforma da saúde em outros países da América Latina, contribuíram de modo significativo para o desenvolvimento deste projeto. Artesanato intelectual a muitas mãos, duas pessoas, em particular, empenharam-se em sua confecção cotidiana: Rosana S. Lima Temperini e Luciana Chagas.

Em seu conjunto, os artigos aqui reunidos trazem, ao lado das contribuições dos autores, desafios para futuras pesquisas. De sua leitura, esperamos que possam ser destacadas e aprofundadas questões centrais para o desenvolvimento de políticas de saúde coerentes com os princípios que orientam o SUS. Esperamos, sobretudo, que este livro seja um convite ao debate e um estímulo à elaboração de novos trabalhos.

Os Organizadores

PARTE I

O Sistema Único de Saúde em Perspectiva Histórica

I. A SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DO ESTADO NACIONAL NO BRASIL: REFORMA SANITÁRIA EM PERSPECTIVA HISTÓRICA

Nísia Trindade Lima
Cristina M. O. Fonseca
Gilberto Hochman

Um dos temas mais freqüentes nos estudos sobre a gênese e os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil consiste no legado com o qual a implantação do projeto de Reforma Sanitária teve de lidar: ações verticalizadas, centralização no governo federal, importância do setor privado na área de assistência médico-hospitalar e setorialização, referindo-se este último termo à separação histórica entre saúde pública e assistência médica previdenciária. Tal herança não pode ser creditada ao regime militar, a despeito do expressivo crescimento da medicina privada, promovido pelas políticas de Estado naquele período.

As origens das demais características apontadas encontram-se em momentos anteriores, com a expansão da autoridade estatal por meio de políticas de saúde durante a Primeira República (1889-1930) e a institucionalização de um modelo verticalizado, centralizado e setorializado durante o primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945). O processo histórico de construção desse modelo e os primeiros projetos de reforma durante o curto período democrático que antecedeu o regime militar de 1964 ainda estão a merecer esforços mais abrangentes de análise. Neste capítulo, procura-se contribuir para este objetivo, destacando a importância de uma reflexão sobre a história das políticas de saúde, em sua relação com o processo de construção do Estado Nacional.

O tema da herança recebida pelo movimento sanitarista remete à discussão relativa às representações predominantes sobre o passado nacional. De fato, a forma como se concebe a história da saúde não é muito distinta de outros temas presentes na imaginação social e política brasileira. De modo simplificado, pode-se dizer que têm sido duas as tendências predominantes. Na primeira, própria aos atores que protagonizam processos de mudança, o

presente é vivido como uma espécie de marco zero no qual se elude qualquer possibilidade de continuidade histórica com os momentos pretéritos. Adotada por atores sociais com posições das mais diferenciadas no espectro político-ideológico, segundo essa perspectiva o olhar para o passado assume quase sempre o sentido de rompimento com uma tradição que se procura superar, tomando-se o presente como ponto de ruptura e, portanto, algo que prescinde da explicação histórica (Santos, 2005).

Foi o que ocorreu, por exemplo, com o movimento revolucionário de 1930 em relação à Primeira República – ou, como ficou mais conhecida, a República Velha, expressão cunhada pelos participantes daquele movimento e que se tornou de uso corrente. É o que acontece muitas vezes hoje nas análises sobre o Brasil que surge com a redemocratização pós-regime militar, em 1985, e, principalmente, depois da constituição de 1988. E também no que se refere ao discurso que, no início da atual década, sob a influência dos ventos neoliberais, preconizou o fim da Era Vargas, vaticinando um novo papel e formato para o Estado brasileiro.

Do mesmo modo, a eclosão de vigoroso movimento sanitarista na segunda metade da década de 1970, em pleno contexto autoritário, e a posterior institucionalização de muitas de suas teses na Constituição de 1988, tendem a ofuscar movimentos e propostas ocorridos em períodos anteriores. É importante acentuar a articulação de movimentos sanitaristas em outros contextos históricos, como o da Primeira República, no qual a saúde, pela via da política, foi alçada à posição de grande problema e, ao mesmo tempo, de solução nacional. Cabe ainda assinalar a importância atribuída a questões relativas à saúde nas propostas de civilização, tema recorrente em fins do século XIX e primeiras décadas do século XX, e de desenvolvimento, autêntica palavra-chave que pauta o debate nacional e internacional a partir da Segunda Guerra Mundial, com as sucessivas (re)qualificações desse termo: desenvolvimento econômico, social e humano.

A segunda tendência predominante na imaginação social e política brasileira caminha em direção oposta, qual seja a ênfase na continuidade, quase sempre de tudo aquilo que é negativo: a reiterada tese de que no Brasil nada mudou ao longo de mais de cinco séculos, persistindo uma realidade de desigualdades e exclusão social. Não se trata de contrapor imagens positivas e negativas sobre o país e seu processo histórico, mas de assinalar as transformações de grande magnitude ocorridas ao longo das últimas quatro décadas, entre elas o elevado grau de urbanização, a formação de expressivo elei-

torado, a crescente complexidade do Estado e da sociedade, inclusive com a articulação de novos interesses. Em período recente, destaca-se ainda a efetivação de direitos políticos, não obstante os sérios obstáculos à conquista da cidadania social e civil.

Em ambas as vertentes assinaladas, são criadas dificuldades para a compreensão do presente pelo recurso à perspectiva histórica e, ao mesmo tempo, para se identificar os futuros possíveis, com base em visão não-linear dos processos de mudança e no reconhecimento da complexa dialética entre constrangimentos e ação humana. Analisar por novos ângulos a história social, econômica e política consiste em condição indispensável para que se avalie alternativas possíveis em direção a uma sociedade mais justa, democrática e em que efetivamente se promova maior equidade.

O papel das políticas de saúde na formação das noções de cidadania, na construção dos Estados Nacionais e das burocracias públicas e nas mudanças nas relações entre Estado e sociedade tem sido crescentemente reconhecido. No Brasil, pesquisas realizadas desde a década de 1980 apontam para o fato de as políticas, instituições e idéias mobilizadas em torno desse tema serem constitutivas da formação do Estado Nacional, dos processos de extensão da cidadania e da imaginação social. Com base em tal compreensão, neste texto procurou-se relacionar a constituição do setor saúde à história política do Brasil, assumindo, para tanto, a periodização já consagrada.

Deste modo, na primeira parte, encontra-se uma breve discussão sobre o movimento de Reforma Sanitária durante a Primeira República (1889-1930), período claramente identificado como um regime oligárquico. Naquele momento, a saúde foi objeto de intenso movimento intelectual e político, sendo vista como o “problema vital brasileiro”, como a ela se referiu o escritor paulista Monteiro Lobato (1957). Destaca-se também que as políticas de saúde implementadas a partir de fins da década de 1910 tiveram um papel importante no aumento da penetração do Estado na sociedade e no território do país.

Na segunda parte, são analisadas as transformações que têm início com a chamada Revolução de 1930, momento em que se fortalece o aparato estatal em saúde, consolidando-se um modelo verticalizado e setorializado, ao mesmo tempo em que se verifica a formação de uma burocracia pública fortemente profissionalizada e que teria um papel político relevante nas décadas que se seguiram. Por fim, são apresentadas as mudanças e perspectivas observadas no período de democratização, que tem início em 1946 e é interrompido com o golpe militar de 1964.

Saúde na República oligárquica (1889-1930)

Proclamada a República em 1889, em um país recém-liberto da escravidão e há pouco mais de sessenta anos do passado colonial, o período que então se iniciou e se estendeu até a eclosão do movimento armado liderado pelo gaúcho Getúlio Vargas, em 1930, tem sido percebido até hoje como uma espécie de hiato na formação do Estado brasileiro. O domínio oligárquico que o caracterizou contribuiu para a consolidação de uma imagem que acentuava dois atores políticos: os coronéis, artífices da prática política concreta em um sistema político no qual a competição eleitoral era praticamente ausente; e os bacharéis, protagonistas de uma espécie de salão literário da política, que, de fato, seria definida pelas oligarquias, conforme a representação usual que se construiu a respeito das elites intelectuais e políticas dos primeiros anos do século XX.

A força dessa imagem favoreceu, provavelmente, o fato de a Primeira República não despertar, por muito tempo, o mesmo interesse intelectual que os estudos políticos sobre o império ou sobre o governo Vargas, vistos como momentos estratégicos na construção do Estado Nacional (Lessa, 1988, 1998). Deve-se acentuar que os estudos históricos voltados a temáticas da saúde vêm contribuindo para a revisão desse período, enfatizando o papel da saúde na construção da autoridade estatal sobre o território e na conformação de uma ideologia de nacionalidade, capaz de superar a imagem negativa referida às teses de inferioridade climática do país e racial da população brasileira. Um dos temas centrais nesses trabalhos é o movimento sanitarista da Primeira República, expressão das mais importantes dos projetos nacionalistas e de reforma social que se intensificaram no contexto da Primeira Guerra Mundial (Labra, 1982; Castro Santos, 1985, 1987; Hochman, 1998; Lima, 1999).

O debate sobre os problemas da saúde não pode ser dissociado da forma como era abordada a questão nacional no Brasil desde a virada do século XIX para o século XX (Oliveira, 1990; Skidmore, 1976). Que o país não constituía uma nação era voz corrente: nenhum sentimento de nacionalidade era percebido no povo. Era freqüente a reprodução de frases como a do naturalista Saint-Hilaire em um dos relatos de suas viagens científicas: havia um país chamado Brasil, mas não havia brasileiros. Para alguns intelectuais, os obstáculos representados pela natureza tropical eram insuperáveis. Para outros, os mais graves problemas para o esforço civilizatório e de construção nacional radicavam-se na diversidade racial e, sobretudo, na inferioridade atribuída a negros, indígenas e mestiços.

Além desses fatores de natureza mais determinista, desde o Império, como se vê nos escritos de José Paulino de Souza, o Visconde do Uruguai, apontavam-se tendências centrífugas do processo histórico e político brasileiro, o que se expressaria com bastante rigor nas primeiras décadas do século XX nas obras de Alberto Torres e Oliveira Vianna. Para esses dois últimos autores, a Primeira República acentuava as tendências centrífugas, caracterizando-se, entre outros aspectos, pelo domínio das oligarquias estaduais e por uma coalizão federal de poderes locais atomizados (Santos, 2002, 2005). Nessa perspectiva, o município era visto como uma ficção no Brasil, expressão de poderes econômicos locais e subordinado à lógica das oligarquias regionais. Muitas vezes, estabelecia-se diálogo com perspectivas como a de Alex de Tocqueville, em seus textos sobre o autogoverno na sociedade norte-americana, para se ressaltar o quanto a realidade daquele país era distinta da experiência histórica brasileira.

O grande tema dos movimentos intelectuais do período consistia na construção da nacionalidade brasileira e de como se esboçar projetos de organização nacional que fortalecessem a presença do Estado em todo o território nacional. Devem ser ressaltadas, entre outros obstáculos, as dificuldades para o estabelecimento de um mercado nacional devido, entre outros fatores, à existência de impostos interestaduais. Além dos limites para a circulação de bens econômicos, outro problema encontrava-se na dificuldade de circulação de serviços e idéias, o que demandava a criação de infra-estrutura estatal adequada e de um sistema de comunicação que integrasse o país. A criação da radiocomunicação, com início na década de 1920,¹ e dos correios e telégrafos, já na década de 1930, foram medidas importantes nessa direção.

País predominantemente rural, com um contingente de analfabetos estimado em 70% no censo de 1920 – analfabetos e doentes, como apregoaram os que se engajaram no movimento sanitaria da época –, este era o Brasil das três primeiras décadas do século XX. Naquele contexto, emergia a questão social associada às primeiras manifestações operárias urbanas, com intensos conflitos entre capital e trabalho acompanhados de violenta repressão e ausência de canais legais de articulação de interesses. No plano político, havia baixa competição, pouca credibilidade dos processos eleitorais e forte resistência das oligarquias regionais às propostas que fortalecessem o governo federal.

¹ A primeira emissora de rádio no Brasil foi criada em 1923, pela Academia Brasileira de Ciências, com o propósito de atender a um projeto de educação e divulgação científica. A criação de um sistema nacional de radiocomunicação como política pública só viria a ocorrer, entretanto, após 1930.

Tal era o tamanho do problema nacional a ser enfrentado.

No âmbito das políticas sociais, pela Constituição de 1891, cabia aos estados a responsabilidade pelas ações de saúde e saneamento, assim como pelas de educação. As medidas de proteção social e, em particular, a assistência médica só viriam a ter um reconhecimento legal como política pública com a aprovação da Lei Eloi Chaves, de 1923, resultado do crescente impacto do que passou a ser definido como a questão social no país. Até então, muitas categorias de trabalhadores organizavam associações de auxílio mútuo para lidar com problemas de invalidez, doença e morte. A Lei que regulamentou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões tem sido apontada como o momento inicial da responsabilização do Estado pela regulação da concessão de benefícios e serviços, especialmente da assistência médica. Tratava-se de organizações de direito privado, criadas para grupos específicos de servidores públicos e organizadas segundo princípios de seguro social, ou seja, um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados.

Historicamente, as possibilidades de rompimento com a prática oligárquica foram acompanhadas em todos os países capitalistas por três crises: a de integração nacional, a de participação política e a de distribuição de riqueza. Em países como o Brasil, tais crises ocorreram simultaneamente e este fato teve profundas implicações para o desenho das políticas sociais, sobretudo a partir de 1930 (Santos, 2005).

Uma das questões mais instigantes no enfrentamento dessas crises diz respeito às possibilidades para a inclusão de novos segmentos da população no universo da cidadania: proteção aos pobres, direitos sociais (como os relativos à saúde e à educação), extensão do direito de voto, entre outros temas. A importância de questões referidas à saúde nesses processos é enfatizada no trabalho de De Swaan (1990) sobre o processo histórico de coletivização do bem-estar. Estabelecendo diálogo com a perspectiva desse autor, o estudo realizado por Hochman (1998) demonstra, no caso brasileiro, a forte interação da transformação da saúde em bem coletivo com o processo de expansão da autoridade estatal.

As políticas de saúde – cujo início efetivo pode ser apontado em fins da década de 1910 – encontravam-se associadas aos problemas da integração nacional e à consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis. Foram o resultado do encontro de um movimento sanitarista, organizado em torno da proposta de políticas de saúde e saneamento, viáveis apenas com o fortalecimento da autoridade do Estado e do papel do governo federal, com

a crescente consciência por parte das elites políticas sobre os efeitos negativos do quadro sanitário existente no país. Expressaram, ademais, a reunião de cientistas e intelectuais do período em torno de um projeto civilizatório que afirmava a possibilidade de construção nacional no país e o quanto este dependia de políticas públicas em áreas como saúde e educação. A compreensão sobre a gênese do movimento sanitarista da Primeira República é favorecida quando se identificam as afinidades que foram se estabelecendo entre uma comunidade de cientistas em formação, projetos intelectuais e políticos de cunho nacionalista e propostas políticas de expansão da autoridade estatal no território e de redefinição do pacto federativo.

A atenção para as epidemias nas cidades, como a de peste bubônica em 1899, no porto de Santos, esteve na origem da criação, em 1900, das duas principais instituições de pesquisa biomédica e saúde pública do país: o Instituto Soroterápico Federal – transformado posteriormente em Instituto Oswaldo Cruz (1908) e Fundação Oswaldo Cruz (1970) –, no Rio de Janeiro, e o Instituto Butantan, em São Paulo (Benchimol e Teixeira, 1993; Stepan, 1976; Luz, 1982). Nessas instituições, uma nova geração de médicos, formados segundo o paradigma da bacteriologia e influenciados pela pesquisa científica praticada na França e na Alemanha, começaria a exercer forte influência nas concepções sobre as doenças transmissíveis e nas propostas de ações em saúde pública.

Além de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, Adolpho Lutz, Arthur Neiva e Vital Brasil, entre outros, destacam-se na definição de rumos para a saúde pública e na criação de instituições. As ações realizadas nesse período fizeram com que Rui Barbosa, expressão do pensamento liberal e do estilo dos bacharéis, afirmasse ter Oswaldo Cruz realizado, com a campanha contra a febre amarela, a verdadeira abertura dos portos do Brasil (Barbosa, 1999).

Se o palco inicial das intervenções sanitárias e urbanas foi o Rio de Janeiro, então capital da República, e centros urbanos do Sudeste, particularmente São Paulo, logo ações semelhantes ocorreram em cidades de outras regiões brasileiras.² Um ativo movimento de Reforma Sanitária emergiu no Brasil durante a Primeira República. Sob a liderança da nova geração de médicos higienistas,

² Essas ações, menos conhecidas, estão a merecer esforços sistemáticos de pesquisa que analisem, por exemplo, as propostas e atividades de sanitaristas como Rodolfo Teóphilo, no Ceará, com sua ênfase na importância da educação e da vulgarização dos conhecimentos científicos, e os que se dedicaram a campanhas pelo saneamento das habitações populares em cidades do Nordeste, como a proposta de higienização dos mocambos em Recife.

formados sob a orientação dos recentes conhecimentos e estilos de ciência ancorados na bacteriologia, teve como foco inicial os principais portos e centros urbanos. A partir da década de 1910, começou a ganhar força o movimento pelo saneamento rural, ou saneamento dos sertões, referência mais freqüente nos textos de época.

Os primeiros anos da República já haviam sido palco de um expressivo movimento de valorização do sertão, seja como espaço a ser incorporado ao esforço civilizatório das elites políticas, seja como referência da autenticidade nacional. Datam desse período importantes expedições ao interior, como as de Cândido Rondon, as da Comissão Geológica de São Paulo, a do astrônomo Louis Cruls ao Planalto Central, em 1892, visando à mudança da capital, e as expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz (Lima, 1999). As primeiras viagens científicas promovidas por essa instituição ocorreram quando ela já se consolidara como centro de pesquisa experimental. Inicialmente, destinaram-se ao desenvolvimento de trabalhos profiláticos, sobretudo de combate à malária, que acompanharam ações relacionadas às atividades exportadoras, base da economia do país: construção de ferrovias, saneamento dos portos e estudos voltados ao desenvolvimento da extração da borracha na Amazônia.

Na década de 1910, importantes viagens ocorreram por requisição da Inspeção de Obras Contra as Secas. Seu objetivo era realizar amplo levantamento das condições epidemiológicas e socioeconômicas das regiões percorridas pelo rio São Francisco e de outras áreas do Nordeste e Centro-Oeste. Entre essas, a que alcançou maior repercussão foi a organizada por Arthur Neiva e Belisário Penna, em 1912, cuja publicação do relatório, quatro anos mais tarde nas *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, e sua divulgação pela imprensa levaram o médico Miguel Pereira a proferir a célebre frase: “O Brasil ainda é um imenso hospital” (Lima, 1999; Casa de Oswaldo Cruz, 2001).

Foi se delineando a imagem de um Brasil doente e foi questionado o discurso romântico sobre o sertão como espaço saudável. A repercussão do relatório deve também ser relacionada ao clima político e intelectual vivido com a eclosão da Primeira Guerra Mundial, o que propiciou intenso debate sobre a questão nacional. Porém, o imaginário sobre o sertão e a idéia da existência de dois países – o Brasil do litoral e o Brasil dos sertões – influenciava sensivelmente os projetos intelectuais do período. A tese do isolamento do sertanejo, defendida por Euclides da Cunha em *Os Sertões*, passou a ser qualificada como abandono dos sertanejos pelo poder público, como sustenta-

ram os participantes do movimento sanitarista da Primeira República. Desse abandono resultaria o grave quadro de doenças endêmicas existente no país. A doença generalizada passou, então, a ser apontada como razão para o atraso nacional, permitindo que fossem revistas idéias sobre a inferioridade racial dos brasileiros (Lima, 1999).

Liderado inicialmente por médicos com atuação na saúde pública e que se reportavam à liderança científica e política de Oswaldo Cruz, o movimento pelo saneamento rural mobilizou crescentes setores das elites intelectuais e políticas brasileiras. Na criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, em 1918, ao lado de médicos como Belisário Penna e Juliano Moreira aderiram militares como Candido Rondon, literatos e líderes políticos, inclusive o presidente da República da época, Venceslau Brás. A tese do saneamento assumiu o significado de uma ‘idéia força’, para usar a expressão cunhada por Monteiro Lobato. Em suas palavras:

Idéias há que ferem fundo e se propagam com tal rapidez, coligem tal número de adeptos, empolgam de tal forma o espírito, explicam com tal lucidez tantos fenômenos desnorteadores que, ainda em meios de opinião rarefeita como o nosso, passam rapidamente da fase estática para a dinâmica. Fazem-se força, e levam de roldão todos os obstáculos. A idéia do saneamento é uma (...) E a idéia força caminha avassaladora. Avassaladora e consoladora, porque o nosso dilema é este: ou doença ou incapacidade racial. (Lobato, 1957: 297)

A influência das idéias do movimento sanitarista pode ser aferida na trajetória de Jeca Tatu, personagem símbolo dos pobres na literatura brasileira. Retrato estereotipado do ‘caipira’, o caboclo paulista foi concebido originalmente por Monteiro Lobato como um parasita da terra, marcado pela preguiça e inferioridade racial. Em contato com as teses do movimento sanitarista durante a década de 1910, Lobato recriou o personagem: a partir daquele momento, seria um brasileiro redimido pela higiene. O movimento sanitarista da Primeira República transformou a saúde em questão social e política – o grande obstáculo à civilização.

Uma das características de mais longa duração no pensamento social brasileiro pode ser apontada como a mudança no modo de se pensar o país e os problemas das populações, sobretudo rurais, com a revisão das teses que enfatizavam a inferioridade racial e a ênfase no tema do abandono pelo poder público como principal obstáculo aos projetos civilizatórios. Nas décadas que se seguiram à campanha pelo saneamento, importantes cientistas sociais –

entre eles, Gilberto Freyre, Florestan Fernandes, Emilio Willems e Antonio Cândido – estabeleceram intenso diálogo com as representações sobre a sociedade brasileira que tiveram origem no movimento sanitaria (Lima, 1999).

No que se refere aos efeitos políticos, o movimento sanitaria da Primeira República alcançou importantes resultados, com implicações institucionais imediatas e papel efetivo no processo de expansão da autoridade estatal sobre o território, nos anos de 1910 e 1920, ao mesmo tempo em que se criavam as bases para a formação da burocracia em saúde pública, algo que se tornou realidade após 1930. Entre as conquistas, destaca-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920, dirigido até 1926 por Carlos Chagas.

No início, o movimento defendeu a criação de um ministério autônomo, à semelhança de outros movimentos liderados por sanitarias em países latino-americanos (Lima, 2002). A proposta de criação do ministério esbarrou, contudo, em forte oposição de oligarquias rurais que o apontavam como uma ameaça ao princípio da autonomia estadual. Quanto à liderança de Carlos Chagas, deve ser explicada por um complexo conjunto de fatores que incluíam desde sua liderança no Instituto Oswaldo Cruz, seu prestígio científico e sua atuação na organização das ações de saúde pública durante a epidemia de gripe espanhola, em fins de 1918 (Hochman, 1998).

A nova estrutura estatal na área da saúde é um indicativo de algo apontado em trabalhos que contradizem a visão corrente sobre a Primeira República. Trata-se de evidência expressiva para o argumento que defende ser a dominação oligárquica compatível com o crescente processo de centralização e intervenção estatal (Reis, 1979, 1982, 1991; Hochman, 1998). Deve-se ainda notar que a imagem de um Estado praticamente inexistente e de um liberalismo absoluto durante a Primeira República refere-se ao papel do Estado como agente produtivo, uma vez que seu papel regulatório foi bastante acentuado, especialmente no que diz respeito à produção e comercialização do café, principal atividade econômica do país no período (Santos, 2005).

As mudanças políticas implementadas com a criação do DNSP e dos postos de profilaxia rural, que acompanharam a centralização das políticas de saúde federais, remetem ao debate sobre as tendências antioligárquicas e os conflitos intraoligárquicos que se manifestaram na década de 1920 e culminaram com a Revolução de 1930. A criação do DNSP foi o resultado de intenso processo de negociação política, envolvendo sanitarias, governo federal, estados e poder legislativo.

De acordo com a Constituição de 1891, o princípio do federalismo determinava que cabia aos estados a responsabilidade por ações de saúde e saneamento. No que se refere às políticas sociais, verificou-se, na área da saúde, o desenvolvimento de uma política social pública e nacional, resultado de um amplo processo de negociação entre os entes federativos. O período da Primeira República pode ser caracterizado como a ‘era do saneamento’ (Hochman, 1998), identificando-se o período de 1910 a 1930 como de crescimento da consciência das elites em relação aos graves problemas sanitários do país e da percepção de que o Estado nacional deveria assumir a responsabilidade pelas questões relativas à saúde das populações e ao saneamento do território. No que se refere ao pacto federativo sobre o qual se alicerçou o regime oligárquico da Primeira República, verifica-se que, com a reformulação dos serviços sanitários e a criação do DNSP, foi possível aos estados:

obter auxílio federal mediante acordos para ações de saúde e saneamento. Esses convênios viabilizaram a ação do poder central nos estados, sem ferir suas respectivas autonomias. Ao longo do tempo, houve o crescimento das atividades públicas em saúde e saneamento em todo o território nacional, tanto do governo federal, como de governos estaduais que passaram a desenvolver seus próprios serviços. São Paulo foi praticamente o único estado que se dedicou a uma ampla política sanitária, desde o início da República, e que se manteve autônomo em relação aos serviços federais. A era do saneamento não significou a resolução de todos os complexos problemas de saúde pública, mas legou uma infra-estrutura estatal, com a autoridade sanitária presente em grande parte do território brasileiro. (Hochman, 1998:40)

Desse modo, pode-se analisar a importância e a magnitude dessa mudança sem adotar como parâmetro seus resultados mais imediatos no que se refere ao impacto sobre a qualidade de vida e as condições de saúde da população. Trata-se de identificar o processo de expansão da autoridade pública e da infra-estrutura sanitária correspondente, aspecto crucial se entendemos que a construção do Estado nacional integra dimensões jurídicas, simbólicas e materiais.

Durante a Primeira República, foram estabelecidas as bases para a criação de um sistema nacional de saúde, caracterizado pela concentração e verticalização das ações no governo central. O período que se inicia em 1930, visto como marco inicial das políticas sociais e da centralização estatal, é tributário desse processo de expansão da autoridade estatal por meio da adoção de políticas e ações de saúde orientadas por

princípios e estratégias comuns, resultado das interfaces das idéias defendidas pelo movimento sanitarista da época e do complexo processo de negociações que envolveu estados e o governo federal.

Saúde pública no governo Vargas (1930-1945)

O primeiro governo Vargas é reconhecido pela literatura como um marco na configuração de políticas sociais no Brasil. As mudanças institucionais que ocorreram, a partir de 1930, moldaram a política pública brasileira, estabelecendo um arcabouço jurídico e material que conformaria o sistema de proteção social até um período recente. Esse processo ocorreu em meio a um quadro de instabilidade e disputas políticas, que caracterizou o imediato pós-30, trazendo implicações para a área da saúde pública.

As políticas de saúde, então implementadas, corresponderam a alterações nos campos político, ideológico e institucional, bem como à recomposição no formato de interação entre eles. Na esfera política, observa-se o aguçamento das diferenças intra-oligárquicas, com o redesenho dos poderes federativos e de seu papel na dinâmica política nacional. Na esfera ideológica, assistiu-se a um gradativo fortalecimento do projeto político-ideológico de construção nacional, acompanhado de medidas que favoreceram sua implementação. E na esfera institucional, a principal mudança consistiu na criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), o qual passou por sucessivas reformulações. As características apresentadas por cada um desses campos incluíam heranças das décadas antecedentes, mas, a partir de 1930, assumiram efetivamente novos significados, compatíveis com as mudanças no quadro político nacional.

Inicialmente, o período compreendido pelo Governo Provisório (1930-34) foi marcado por uma grande instabilidade política, reflexo, entre outras razões, da heterogeneidade de forças que haviam se aliado durante o processo revolucionário. Naquela conjuntura política, tornou-se evidente que o setor agro-exportador brasileiro passava por uma crise de hegemonia, identificada principalmente nas dissidências regionais. Como os demais setores da sociedade – no caso os grupos agrários não ligados ao café e os grupos urbanos emergentes – não se encontravam suficientemente coesos para se constituir como força política hegemônica, os desdobramentos do movimento de outubro de 1930 ficaram sujeitos às disputas políticas entre as diferentes facções que

havia se agrupado em torno da Aliança Liberal, particularmente entre tenentes e oligarquias dissidentes (Gomes, 1980).

As diferenças regionais no plano político foram acompanhadas pela diversificação das atividades e dos interesses econômicos, com destaque para o surto industrial deste período (1929-39), fenômeno nada desprezível e que acompanhou a substituição da atividade agrícola em determinadas regiões do país. Um fator de crucial importância foi a crise mundial do capitalismo em 1929, com suas implicações para a economia dos países dependentes da exportação de produtos primários. As mudanças na esfera econômica foram traduzidas, assim, em relativo deslocamento da produção do setor exportador para o setor de produção voltado para o mercado interno, incluindo a atividade industrial (Diniz, 1983).

Com a diversificação da economia, novos interesses surgiram, pressionando a antiga ordem e sua estrutura de poder. Questionava-se a forma de organização política em vigor que inviabilizaria a participação das forças sociais emergentes. Ou seja, a perda da hegemonia do setor cafeeiro contribuiu para acirrar as cisões regionais. Entretanto, nenhum dos grupos em confronto logrou impor-se aos demais, o que levou a uma reformulação no esquema de alianças entre os grupos dominantes. Isso talvez explique por que não houve uniformidade na política econômica implementada, coexistindo medidas favoráveis à industrialização com outras que visavam a amparar os interesses agrários tradicionais (Fausto, 1970).

Essa diversidade de interesses na disputa por maior influência no governo federal esteve presente durante todo o período compreendido pelo Governo Provisório (1930-34), estendendo-se pelo período constitucional (1934-37). Tais divergências se refletiram nos acordos e nas conspirações que marcaram a prática política do período, como também, no campo ideológico, nas concepções que orientaram diferentes projetos políticos para o país. Em especial a partir de 1933, essas diferenças foram observadas nos debates travados no interior da Assembléia Nacional Constituinte. Os tenentes, apoiados em uma crítica acentuada ao liberalismo, o qual associavam à prática política vigente na Primeira República, defendiam um modelo de Estado nitidamente centralizador e intervencionista. Já os setores oligárquicos dissidentes lutavam pelo federalismo como modelo de Estado ideal, interessados em manter a autonomia estadual e restringir a interferência da União.

O universo temático do debate político e ideológico esteve direcionado para o papel do Estado diante dos problemas sociais, enfatizando a construção da Nação como princípio norteador das políticas adotadas. As críticas ao liberalismo eram sistematicamente reiteradas, com base nas interpretações elaboradas por intelectuais que ganhavam repercussão naquele momento.³ A noção de interesse nacional – normalmente identificado pelos autores como o bem comum de toda a população – aparecia em oposição às especificidades regionais, que estariam vinculadas ao poder local e a interesses privados. Criticava-se o papel tradicional das oligarquias brasileiras e o obstáculo que representavam ao desenvolvimento econômico, político e social, o que teria sido acentuado pelo ‘excesso’ de federalismo durante a Primeira República.

A avaliação sobre a política partidária também era influenciada por essa linha de interpretação, que enfatizava o predomínio do interesse local sobre os interesses e as necessidades da Nação e percebia os senadores e deputados como representantes das facções locais que os elegiam. As idéias defendidas por Oliveira Vianna, por exemplo, na defesa de um governo centralizador e autoritário, bastante próximas às propostas nacionalistas já anteriormente difundidas por Alberto Torres, apontavam a organização do Estado Nacional como o único caminho para que o país saísse da crise em que se encontrava e dirigisse os seus destinos (Camargo, 1989). A política social que começou a ser esboçada por Vargas a partir de 1930, e que se intensificou principalmente no pós-37, representava sob vários aspectos o eco destas interpretações. Como argumentava Oliveira Vianna: “O nosso grande problema é justamente libertar o governo ou a administração *nacional* da influência desses partidos *locais*, que nunca se puderam tornar *nacionais*, apesar dos grandes esforços dos grandes estadistas do Império” (Vianna, 1987: 131, grifos do autor).

Em suma, as questões que obtiveram relevância no debate intelectual do período estiveram direcionadas para o tema da relação entre o governo central e os Estados, através do contraponto entre Nação e Federação, entre centralização e descentralização, aí incluindo as definições sobre o papel que deveriam desempenhar os municípios e suas relações com o governo central.

Com este quadro interpretativo e diante das condições de instabilidade política que marcaram os primeiros anos da década de 1930, as mudanças

³ Entre os autores que trataram destas questões, encontram-se Oliveira Vianna, Azevedo Amaral, Alberto Torres, Francisco Campos, Nestor Duarte e Almir de Andrade.

significativas na esfera institucional da saúde só começaram a ser efetivadas a partir de 1934, ano em que Gustavo Capanema assumiu o Mesp, dedicando-se, desde logo, à realização de ampla reforma nas instituições que compunham essa agência estatal.

Até aquele momento, as divergências observadas em relação ao futuro político do país haviam repercutido sobre o recém-criado ministério, buscando-se definir um formato institucional compatível com o projeto político vitorioso nas disputas desencadeadas no pós-30. Os primeiros anos do Mesp foram marcados pela indefinição e pela inconstância de propostas e projetos, o que se refletiu na alternância da pasta ministerial. Em seus quatro primeiros anos, ela foi conduzida por três ministros – Francisco Campos, Belisário Penna e Washington Pires –, até que, após a promulgação da nova carta constitucional, Gustavo Capanema foi indicado para o cargo, nele permanecendo até o final do governo Vargas.⁴

Em sua dimensão institucional, as ações públicas de saúde acompanharam as distinções estabelecidas entre o Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC) e o Mesp. Muito além de uma simples divisão e especificação de funções em razão da área de atuação de cada órgão, em um contexto de reestruturação e consolidação de políticas sociais, a separação correspondeu a um formato diferenciado de reconhecimento de direitos sociais.

De um lado, estabeleceu-se o arcabouço jurídico e material da assistência médica individual previdenciária, desenvolvida no MTIC, que com o passar dos anos se tornaria uma das principais referências para a prestação de serviços públicos de saúde. Era destinada aos inseridos no mercado formal de trabalho e amparada por princípios corporativos que definiam aqueles reconhecidos como cidadãos, caracterizando o que foi definido por Wanderley Guilherme dos Santos como ‘cidadania regulada’ (Santos, 1998). Do outro lado, no Mesp, atrelada à educação, ficou a saúde pública. Ou melhor, tudo o que dissesse respeito à saúde da população e que não se encontrava na área de abrangência da medicina previdenciária. Ao Mesp cabia a prestação de serviços para aqueles identificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam

⁴ A substituição no ministério obedeceu a seguinte sequência cronológica: Francisco Campos (18 nov. 1930 a set. 1931), Belisário Penna (set. 1931 a dez. 1931), Francisco Campos (jan. 1932 a set. 1932) e Washington Pires (set. 1932 a jul. 1934).

atividades informais, ou seja, todos aqueles que não se encontravam habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas caixas e pelos institutos previdenciários.⁵

Essa definição a respeito do reconhecimento de direitos sociais implicou, ao mesmo tempo, a associação entre assistência médica previdenciária e trabalhadores urbanos e a ênfase das ações de saúde pública como políticas e modelos de serviços voltados predominantemente para a população rural.⁶ Um texto publicado em 1948 pelos sanitaristas Ernani Braga e Marcolino Candau sintetiza com rara sensibilidade este fato:

No Brasil, especialmente nos últimos anos, observou-se, sob o controle do governo, o desenvolvimento de um extenso programa de assistência médico-social compulsório para as classes assalariadas, programa esse que, apesar de vir atender a uma razoável parte de nossa população, não pode ainda cogitar da grande massa constituída pelos habitantes da zona rural, os quais por não trabalharem em regime regular de emprego, não sendo portanto obrigados a contribuir para as organizações de seguro médico-social, vêem-se, em sua maioria, totalmente desprovidos de qualquer tipo de assistência médico-sanitária, a não ser aqui e ali e assim mesmo muito mal, aquela que é prestada pelos serviços oficiais de saúde e pelas instituições de caridade. (Candau e Braga, 1948: 21)

Tal dualidade tornou-se uma das marcas do sistema de proteção social de saúde no Brasil, que intensifica sua institucionalização exatamente nesse contexto, formalizando no campo da saúde uma separação que até então vinha sendo apenas esboçada. Iniciou-se, portanto, durante o primeiro governo de Getúlio Vargas, a distinção institucional entre duas áreas de gestão em políticas públicas de saúde, que marcaria definitivamente as ações de saúde no Brasil.

Nesse período, a política de saúde expande e torna mais complexa a configuração do processo de construção material e simbólica do Estado Nacional, que experimentara, como já foi visto, um desenvolvimento importante nas décadas de 1910 e 1920, quando a saúde pública, definida como elemento constituinte do projeto de construção da nacionalidade, viabilizou a presença do poder público em diversas regiões do país, através da criação do DNSP e da instituição de postos de profilaxia rural no interior (Hochman, 1998; Lima, 1999).

⁵ Para uma análise abrangente da história da assistência médica previdenciária, ver Oliveira e Teixeira (1986) e Malloy (1986).

⁶ Deve-se observar que o reconhecimento de direitos sociais para os trabalhadores rurais só viria a ocorrer em 1973, com o estabelecimento do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural).

No novo cenário político desencadeado a partir de 1930, as alterações institucionais adotadas no campo específico da saúde pública estiveram relacionadas aos parâmetros ideológicos, que subsidiaram as análises relativas à sociedade brasileira, e aos interesses e conflitos políticos em maior evidência nesse processo de transição. As mudanças institucionais apresentaram relação direta com os projetos políticos do governo em vigor, ao mesmo tempo em que dependiam diretamente das oscilações políticas e dos interesses em conflito. A política social do governo Vargas fortaleceu o processo de construção do Estado Nacional, evidenciando as inter-relações das dimensões política, ideológica e institucional.

A política de saúde pública foi definida a partir de critérios que privilegiaram uma centralização normativa acompanhada por uma descentralização executiva, criando mecanismos que fortalecessem a presença federal nos estados como contraponto aos interesses privados regionais. O desenho institucional acompanhou o projeto político ideológico do governo de constituição do Estado Nacional brasileiro, estabelecendo mecanismos burocráticos que viabilizassem a integração das três esferas administrativas – federal, estadual e municipal.

Gradativamente foram sendo criados novos órgãos e reformulados os que já existiam, fortalecendo-se uma estrutura centralizada e hierárquica com o intuito de estabelecer mecanismos para normalizar e controlar a execução das atividades de saúde em todo o país. O ministro Capanema contou com a colaboração direta de João de Barros Barreto, médico-sanitarista nomeado diretor do Departamento Nacional de Saúde (DNS) – o qual, após 1937, substituiu o DNSP –, um dos principais órgãos do Mesp, responsável pela execução das ações de saúde pública em todo o país.

A falta de orientação dos dirigentes estaduais, a ausência de técnicos especializados e a carência de recursos financeiros eram os problemas que, na avaliação de João de Barros Barreto, demandavam uma ação mais efetiva do governo federal nos estados. Para solucioná-los, o diretor do DNS acentuava a dificuldade de centralizar a administração sanitária devido à grande extensão territorial do país. Em sua perspectiva, era mais sensato coordenar as ações através de normas gerais bem definidas.

A partir daí, teve início um período de intenso trabalho normativo com elaboração de leis, regulamentos e códigos sanitários, que objetivavam padronizar as atividades dos diversos serviços de saúde nos estados em seus mínimos detalhes, acompanhando o processo de burocratização do Estado,

que se intensificava. O próprio diretor do DNS elaborou um minucioso código de normas para a organização estadual da saúde pública em todo o país, que previa, entre outras ações, a reforma nos sistemas estaduais de saúde para implementação de um sistema distrital de centros de saúde, a realização de cursos de especialização para técnicos do setor juntamente com a criação das respectivas carreiras profissionais e a reformulação do modelo de financiamento às atividades de saúde pública (Barros Barreto, 1937).⁷

A reforma administrativa no Mesp, em 1941, conduzida por Barros Barreto, implicou a verticalização das ações de saúde, a centralização e a ampliação da base territorial da ação do governo federal. A análise do organograma do DNS, após a reforma, indica a segmentação das ações em serviços nacionais voltados a doenças específicas: febre amarela, malária (serviço ao qual se subordinavam ações contra a doença de Chagas e a esquistossomose), câncer, tuberculose, lepra e doenças mentais. Tal estrutura, baseada em ações e campanhas verticalizadas, manteve-se praticamente inalterada até 1956, quando, em decorrência da criação do Ministério da Saúde em 1953, houve a integração de parte expressiva dos serviços no Departamento Nacional de Endemias Rurais (Fonseca, 2001).

As novas diretrizes adequavam-se em muitos aspectos às propostas que vinham sendo debatidas em fóruns internacionais, preconizadas e aplicadas em particular nos Estados Unidos, incorporando as prioridades definidas para a ação pública em saúde pela agenda dos congressos e conferências patrocinados pela Organização Pan-americana da Saúde (Opas). No período de 1930 a 1945, a Opas realizou vários congressos internacionais, mantendo uma agenda regular de debates relativos à política de saúde e procurando se consolidar como fórum de interação entre os diversos países da América Latina.⁸

O modelo de gestão em saúde adotado no Brasil adequou as propostas defendidas nos encontros internacionais às características do contexto político e do projeto ideológico do novo governo, enfrentando as condições específicas da realidade brasileira e os interesses em jogo na área de atuação do ministério. Estabeleceu-se um padrão de atuação pública que combinava centralização nor-

⁷ Barros Barreto orientou-se por vasta literatura internacional, em sua grande maioria norte-americana, deixando clara a influência sobre as propostas que apresentava para o modelo institucional de saúde que vinha sendo adotado no país. O autor se baseou também na experiência de determinadas cidades dos Estados Unidos que havia visitado.

⁸ Neste período, a Opas patrocinou a realização da IX, X e XI Conferência Sanitária Pan-Americana, em Lima (1934), em Bogotá (1938) e no Rio de Janeiro (1942). Além disso, promoveu nos anos intercalados a este evento a III, IV e V Conferência Pan-Americana de Diretores Nacionais de Saúde, em 1936, 1940 e 1944, todas realizadas em Washington (Lima, 2002; Barros Barreto, 1936, 1941, 1944).

mativa e descentralização executiva, canalizando para a instância administrativa estadual o gerenciamento dos serviços públicos de saúde, sob a orientação do governo central.

Atendendo a esses objetivos, foram criados distritos sanitários que podiam variar em extensão como também no número de municípios que os constituíam, nos quais foram instalados postos de saúde fixos ou itinerantes com o intuito de chegar às regiões do interior dos estados. O fortalecimento da instância estadual como foco de controle político era tão evidente que, entre as medidas previstas no processo de implantação do sistema distrital, o governo central aventava a possibilidade de não existirem serviços de saúde mantidos pelos municípios.

Privilegiando a esfera estadual como foco de controle e irradiação da política pública a ser adotada, a direção nacional de saúde estabelecia um vínculo direto tanto com os diretores estaduais de saúde como também com os dirigentes políticos locais que, nesse momento, já se encontravam sob o regime de interventorias. Dessa forma, esse modelo de ação hierarquizado possibilitava, também, maior controle do governo federal sobre as instâncias locais, assegurando uma adequação entre o modelo de organização sanitária proposto e os interesses políticos em conflito. Barros Barreto expõe de forma clara estes interesses ao enumerar as vantagens do sistema distrital:

que permite um trabalho mais uniforme, mais econômico e mais eficiente, possibilitando com o comando único do Estado, um melhor recrutamento e preparo de pessoal, o estabelecimento de carreiras para os diversos agrupamentos de funcionários, a mais fácil mobilização de forças para os pontos de maior perigo e, o que muito importa, uma preservação maior, para os serviços, da influência política, sempre mais (...) ativa nos municípios. (Barros Barreto, 1937: 302, grifos nossos)

O processo de construção e consolidação de um arcabouço burocrático/institucional no âmbito da saúde pública a partir de 1930, e em particular de forma mais intensa a partir de 1937, caracterizou-se por essa nova configuração das relações de poder entre o governo federal e os governos locais. O desenho do *welfare* no campo específico da saúde pública resultou da correlação de forças políticas, modelando os serviços como um instrumento de poder em tal jogo. E aí ficam evidentes as correlações entre os interesses políticos, os parâmetros ideológicos que norteavam a ação pública e o modelo institucional que gradativamente se estruturava.

Estavam configuradas as condições para a consagração de um modelo fortemente centralizado de gestão pública em saúde. Através da institucionalização, burocratização e profissionalização, definiu-se o lugar e o papel da saúde no processo de construção do Estado e da Nação. Foram consolidadas as bases de um sistema nacional de saúde pública, que se destinava a uma ampla parcela da população brasileira e definia um formato específico para assegurar determinados direitos à saúde.

As especificidades que marcaram a área de atuação do Ministério da Educação e Saúde (MES) – que, em 1937, substituiu o Mesp – em relação ao MTIC neste processo de criação e consolidação institucional evidenciavam que o tema da relação entre as três instâncias executivas – governo federal, estados e municípios – se firmaria como um dos eixos definidores da política pública neste campo de intervenção social. O tema esteve presente nas décadas seguintes nos debates e nos processos decisórios sobre o perfil da política pública de saúde brasileira, demonstrando que qualquer proposta de reforma institucional precisava considerar esta variável e suas implicações para o contexto político do momento. Foi o que ocorreu nos anos seguintes quando o formato centralizado de gestão começou a ser questionado.

Saúde pública, democracia e desenvolvimento (1945-1964)

Com a queda de Vargas, em outubro de 1945, a eleição de Eurico Gaspar Dutra e a promulgação de uma nova Constituição em 1946, o país inicia um período de 19 anos de experiência democrática. A saúde pública, ainda que herdeira dos aparatos estatais construídos nos 15 anos do primeiro governo Vargas, teve sua estrutura centralizada com múltiplos programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias, assim como sua burocracia foi confrontada com novos contextos e contornos políticos e sociais que caracterizaram o Brasil até 1964. Ainda que com limites, os rumos da saúde pública e da assistência médica foram debatidos e decididos, pela primeira vez, em um ambiente mais democrático, caracterizado por disputas político-partidárias, eleições livres, funcionamento dos poderes republicanos, liberdade de imprensa e organização e demandas por direitos e incorporação.

O lugar da saúde na construção do Estado e da Nação ganhou novos sentidos diretamente relacionados ao contexto do chamado ‘otimismo

sanitário' vigente no cenário internacional desde o pós-guerra. Propugnava-se o poder da ciência e da medicina em combater e mesmo erradicar, mediante novos recursos tecnológicos e terapêuticos – especialmente os inseticidas de ação residual, como o DDT, e os antibióticos e antimaláricos – as doenças infectocontagiosas em todo o mundo. Associado a esse otimismo, instituiu-se a idéia de que a saúde era um bem de valor econômico, e de que investimentos em 'capital humano' eram fundamentais para o desenvolvimento e progresso das nações, especialmente dos países mais pobres.

A malária assumia lugar de destaque nesta compreensão sobre o 'círculo vicioso entre doença e atraso' (Myrdall, 1952; Winslow, 1955), sendo apontada por muitos como 'a doença econômica' por excelência (Packard e Brown, 1997). Esses novos significados e interesses presentes na associação entre saúde e desenvolvimento passaram a marcar os espaços institucionais no campo da saúde pública (Packard, 1997).

Ocorreu nesse período um intenso debate sobre os custos econômicos das doenças como obstáculo ao desenvolvimento dos países, particularmente no que se refere à expansão agrícola e à produtividade do trabalho. Pobreza e doença formavam as bases do que o antropólogo colombiano Arturo Escobar chamou de "a invenção do Terceiro Mundo". O desenvolvimento teria adquirido um *status* de certeza no imaginário social pós-guerra, tornando-se impossível conceituar a realidade social em outros termos, já que ela tinha sido "colonizada pelo discurso do desenvolvimento" (Escobar, 1995: 5). O combate às doenças transmissíveis visava a classificar territórios e populações e incorporá-los assimetricamente ao mundo moderno e capitalista.

Os programas de controle e erradicação das chamadas doenças tropicais passaram a atrair o interesse das instituições nacionais e dos governos dos países que assumiam a liderança mundial, mas também das agências internacionais criadas para coordenar, em diversas frentes, planos globais de desenvolvimento associados à saúde. Entre elas, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Opas – transformada então em Escritório Regional da OMS para as Américas –, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO).

A saúde internacional esteve emoldurada pelas organizações funcionais do Sistema das Nações Unidas que se estruturaram no contexto do pós-Segunda Guerra Mundial, caracterizado pela Guerra Fria, e pelas reorientações da política norte-americana para a América Latina. Entre elas, destacam-se o programa

do Presidente Truman, de 1949, conhecido como Ponto IV, e, posteriormente, a Aliança Para o Progresso, na década de 1960. Ressalte-se o especial interesse por parte das administrações norte-americanas pela erradicação da malária, a partir de Eisenhower, com forte incentivo a programas de cooperação bilateral (Packard, 1997). A proposta consistia na extensão por todo o mundo das características das sociedades desenvolvidas do ‘mundo livre’: altos níveis de industrialização e urbanização, avanço técnico da agricultura, crescimento da produção material e dos padrões de vida e adoção da educação moderna. Transformações para as quais capital, ciência e tecnologia eram consideradas os principais ingredientes (Escobar, 1995).

Ao longo desse período, o Brasil esteve imerso no debate sobre o significado do subdesenvolvimento e os meios de superá-lo, a necessidade ou não de um maior esforço para acelerar a industrialização e a utilização de técnicas de planejamento e intervenção do Estado na economia. O conflito estruturante foi entre ‘liberais’, que criticavam o planejamento econômico e vislumbravam o desenvolvimento baseado em maior incentivo às atividades agrícolas, e ‘desenvolvimentistas’, que propugnavam ações para o aumento da produção de bens de consumo, o alargamento do mercado interno e o aumento da renda nacional com a defesa de uma maior intervenção e planificação estatal (Lafer, 1975; Bielschowsky, 2000). A saúde, ainda que não ocupasse mais o mesmo lugar em um discurso civilizador que tivera nas duas últimas décadas da Primeira República, foi integrada de diferentes modos à ‘ideologia do desenvolvimento’ e esteve presente – mesmo que retoricamente – nas iniciativas de planejamento estatal e nos projetos de desenvolvimento em competição no país (Pena, 1977).

No Brasil, a conexão entre a importância econômica da saúde e a possibilidade de ‘conquista das doenças tropicais’ era valorizada e ganhava significados específicos nos projetos de desenvolvimento. Formulados a partir da redemocratização do país, e especialmente na década de 1950, enfatizavam a necessidade de combate às endemias rurais, das quais a malária era o grande paradigma. Como afirmou o presidente Eurico Gaspar Dutra em mensagem dirigida ao Congresso Nacional em 1949:

As condições sanitárias de um país circunscrevem-lhe rigidamente o desenvolvimento econômico-social. No caso do Brasil – onde talvez se processe, como já foi assinalada por tantos estudiosos, a maior experiência conhecida de adaptação da civilização européia a um ambiente tropi-

cal – a melhoria geral das condições sanitárias e o desenvolvimento econômico-social são, verdadeiramente, termos co-extensivos do mesmo problema, isto é, a asseguuração de possibilidades de progresso. (Brasil, 1949: 127)

Ao longo do período de 1945 a 1964, todos os pronunciamentos oficiais e as posições políticas no campo da saúde pública associavam saúde e doença aos problemas do desenvolvimento e da pobreza. Não havia retórica contrária a essa constatação, repetida inúmeras vezes por presidentes e ministros. As divergências e os conflitos ocorriam em torno do entendimento sobre as relações causais e sobre as estratégias políticas e institucionais de superação da doença e do subdesenvolvimento.

O ‘sanitarismo desenvolvimentista’, analisado por vários autores (Labra, 1985; Escorel, 2000; Braga e Paula, 1981), que tinha em Samuel Pessoa, Mário Magalhães e Gentile de Melo seus principais representantes, reagia ao campanhismo, à centralização, à fragilidade dos governos locais e ao baixo conhecimento do estado sanitário do país pela falta de informações e dados vitais – legados do Estado Novo –, e propugnava a compreensão das relações entre pobreza e doença e sua importância para a transformação social e política do país. Ainda que heterogêneo internamente, esse ‘novo sanitarismo’ integrava a corrente nacional-desenvolvimentista e se expressaria com mais vigor no processo de radicalização política que marcou o início da década de 1960.

Era bem mais complexa e multifacetada a tensão entre aqueles que acreditavam que a doença era um obstáculo ao desenvolvimento e a saúde constituía um pré-requisito essencial para os avanços sociais e econômicos no mundo em desenvolvimento, e os ‘desenvolvimentistas’, que compreendiam não ser suficiente o combate às doenças para superação da pobreza. Cada pólo da tensão produziu agendas institucionais e políticas diferenciadas. Ao analisar os debates sobre saúde e desenvolvimento no campo da saúde internacional na década de 1950, o historiador inglês John Farley (2004) sugere uma abordagem em que as relações entre busca da melhoria das condições sanitárias e do bem-estar econômico estejam associadas a três dimensões que, estruturadas como pêndulos, oscilem entre argumentos extremos dependendo dos contextos internacional, regional e local:

- O controle ou a erradicação das doenças comunicáveis como pré-requisito para o desenvolvimento econômico-social *versus* a convicção de que, embora o controle das doenças seja necessário, o desenvolvimento socioeconômico é um pré-requisito para a melhoria da saúde.

- A crença de que as campanhas contra as doenças deveriam ser dirigidas verticalmente contra cada doença específica e ‘impostas de fora’ *versus* a compreensão de que as campanhas contra as doenças deveriam ser dirigidas horizontalmente em relação a um conjunto de doenças e envolver a promoção de condições básicas de infra-estrutura sanitária.
- Defensores da ideologia do desenvolvimento como valor universal *versus* a crença de que o sistema internacional cria e perpetua o sub-desenvolvimento de maneira que os países pobres fiquem presos num permanente sistema de desigualdades.

Esses conflitos estavam bastante explícitos no Brasil nesse período, muitas vezes articulando grupos diferentes dependendo da dimensão do conflito. Cada pólo de cada dimensão significava um formato institucional e político bastante diverso para a saúde pública e visões diferenciadas sobre desenvolvimento econômico e social. A história da saúde pública de 1945 a 1964 apresentou lentos movimentos na direção de alguns desses pólos.

Os marcos institucionais desse período – como a criação do Ministério da Saúde, em 1953, a reorganização dos serviços nacionais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), em 1956, a campanha nacional contra a lepra, as campanhas de controle e erradicação de doenças, como a malária, de 1958 a 1964, e a 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963 – reforçam pontos importantes. Em primeiro lugar, a permanência da disjunção entre saúde pública e assistência médica com ênfase da primeira nas populações rurais; em segundo lugar, o foco das ações sobre doenças específicas; e, por fim, o deslocamento do processo de discussão e decisão para arenas fora da burocracia pública, tais como o Congresso Nacional e a politização da saúde nos congressos de higiene e nas conferências nacionais. De certo modo, cada uma dessas facetas nos remete aos pólos dos eixos da discussão saúde e desenvolvimento mencionados anteriormente.

De 1945 a 1964, o país continuava a ser predominantemente rural. O combate às endemias rurais e às doenças transmissíveis mantinha-se, portanto, como a principal preocupação dos organismos de saúde pública. Porém, a questão da inclusão da assistência médica na saúde pública é incorporada na agenda dos médicos e sanitaristas.

Em trabalho já citado, apresentado no VII Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em São Paulo em 1948, Marcolino Candau e Ernani Braga ecoavam a posição sespiana, influenciada por Winslow, de não se estabelecer

distinção entre ações preventivas e curativas nos programas de saúde. Em especial nas áreas rurais, onde, na prática, os centros de saúde e postos eram forçados a prestar assistência médica à população devido à total falta de alternativas assistenciais (Candau e Braga, 1948). A permanência da tensão entre saúde pública e assistência médica implicava discutir a ampliação dos serviços às populações rurais. Independentemente do posicionamento quanto a essa proposição, o sistema assistencial vinculado ao circuito corporativo-previdenciário (no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, depois Ministério do Trabalho) não parece ter sido objeto de propostas mais radicais de incorporação à saúde pública nesse período.

A criação do Ministério da Saúde em 1953, no segundo Governo Vargas – velha aspiração dos médicos da saúde pública –, revela algumas das facetas da saúde pública no período democrático e foi objeto de detalhada análise de Hamilton e Fonseca (2003). Por um lado, a separação entre educação e saúde não significou grandes mudanças nas estruturas institucionais, basicamente a centralidade do DNS, nem mudança de ênfase nas populações rurais ou incorporação de novos serviços, ainda que o debate sobre assistência médica e social estivesse sempre presente. Por outro lado, a grande inovação foi o deslocamento das discussões e do processo decisório para o legislativo e para a esfera política.

A burocracia do MES e as organizações do campo médico, como a Sociedade Brasileira de Higiene, foram obrigadas a interagir intensamente com a estrutura político-partidária em ambiente de competição democrática e, ao final, não foram aquinhoadas com suas principais reivindicações, uma delas a tradicional proposta de que o titular da pasta fosse um médico da saúde pública, impermeável aos interesses políticos. Como assinalam Hamilton e Fonseca (2003), a inovação nesse processo foi a incorporação irreversível da dimensão político-partidária à definição de políticas para o setor.

Para o novo impulso conferido à questão das endemias rurais no âmbito do projeto desenvolvimentista do governo Juscelino Kubitschek, foram decisivas tanto as novas diretrizes firmadas internacionalmente para o combate a certas doenças transmissíveis, quanto, no plano nacional, mudanças organizacionais na saúde pública e o acirramento do debate sobre saúde e desenvolvimento. Em 1955, a OMS firmou, em sua VIII Assembléia Mundial realizada no México, a recomendação por um programa global de erradicação da malária e assumiu a responsabilidade por prestar apoio financeiro e técnico, mediante acordos com os governos nacionais dos países afetados

pelo problema, para campanhas de aplicação de DDT nas habitações e tratamento dos doentes com antimaláricos visando àquele objetivo. Tratava-se da maior campanha promovida até então por uma organização internacional, em termos de países envolvidos e recursos mobilizados para erradicar doenças.

Representando de modo emblemático a plena confiança então depositada na possibilidade de varrer do planeta as principais doenças transmissíveis, a iniciativa expressava a importância então atribuída à saúde como uma dimensão fundamental do desenvolvimento das nações no pós-guerra. Essa campanha reafirmava o modelo verticalizado e centralizador, com foco no vetor transmissor da doença, e encarnava a perspectiva da malária como obstáculo ao desenvolvimento. O antropólogo norte-americano Peter Brown sugere que essa perspectiva era um modelo cultural – uma ferramenta cognitiva de interpretação – que foi hegemônico na década de 1950 (Brown, 1997).

No Brasil, o momento também se apresentava como particularmente promissor quanto às perspectivas de incremento nas ações e nos programas de saúde voltados para o combate às doenças endêmicas, especialmente em função da criação, em 6 de março de 1956, do DNERu (Lei n. 2.743), cuja direção foi entregue a Mario Pinotti, por muitos anos diretor do Serviço Nacional de Malária. O novo órgão do Ministério da Saúde absorveu as estruturas e atribuições de alguns serviços nacionais criados em 1941 e assumiu a responsabilidade de organizar e executar o combate às principais endemias do país, entre elas malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela, esquistossomose, ancilostomose, filariose, hidatidose, bócio endêmico, boubá e tracoma.

O DNERu era constituído dos seguintes órgãos: diretoria geral, Divisão de Profilaxia, Divisão de Cooperação e Divulgação, Instituto Nacional de Endemias Rurais (Ineru), Serviço de Produtos Profiláticos (que se encarregaria, entre outras funções, da produção de inseticidas para as campanhas), 25 circunscrições correspondendo ao Distrito Federal e a cada um dos estados e territórios, com sede nas respectivas capitais, e Serviço de Administração. Ao Ineru, composto por núcleos de pesquisa em várias regiões – entre os quais o Centro de Pesquisas de Belo Horizonte –, cabia realizar estudos sobre as endemias que apoiassem as ações do novo departamento. Em 1958, o país aderiu à Campanha Global de Erradicação da Malária da OMS, criando a Campanha de Erradicação da Malária (CEM), coordenada por um grupo de trabalho vinculado ao DNERu. Essa campanha – que, com várias mudanças, se desenvolveu até 1970 –, foi a maior e mais ambiciosa ação da saúde pública no período.

A criação do Ministério da Saúde e a reforma dos serviços nacionais, até então especializados na definição e implementação de medidas isoladas para cada doença, com sua integração em um órgão único, o DNERu, mantinha como posição hegemônica a defesa do foco central nas doenças das coletividades, em especial nas endemias rurais que obstaculizavam o desenvolvimento em um país ainda rural. Ainda que o DNERu integrasse ações antes dispersas em diferentes órgãos que combatiam isoladamente doenças específicas, o modelo ainda se mantinha vertical, orientado para enfermidades rurais e coordenado pelo governo federal.

No programa para a área de saúde pública do então candidato à presidência Juscelino Kubitschek, coordenado por Mário Pinotti – depois seu ministro da Saúde (1958-1960) –, firmava-se a disposição em apoiar a continuidade do trabalho até então desenvolvido – “trabalho imenso, apenas iniciado, de libertar milhões de brasileiros de suas seculares e devastadoras doenças de massa” – e enaltecia-se o exemplo dado pelo estado de Minas, durante a administração JK, no combate às endemias rurais (Kubitschek, 1955: 1). Eleito, JK reafirmaria este compromisso ecoando a concepção de que seria possível erradicar doenças independentemente do desenvolvimento econômico do país:

Embora não seja possível dar saúde, no seu conceito mais amplo – que não é apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social –, torna-se, no entanto, possível evitar os sofrimentos de muitas delas por meio de medidas simples, de custo reduzido. O Governo terá o maior empenho em aplicar os métodos modernos e práticos na eliminação dessas doenças. A nosso favor está a coincidência de que, exatamente para muitas destas enfermidades que mais afligem as populações dos países subdesenvolvidos, novas descobertas da terapêutica e da profilaxia tenham tornado o seu combate, e consequentemente sua grande redução, ou mesmo eliminação, independente dos problemas de desenvolvimento econômico e de aparelhamento médico-sanitário de custo elevado. (Kubitschek, 1956: 187)

Na década de 1950 e no início da de 1960, ações e campanhas de combate às endemias rurais mobilizaram recursos humanos e financeiros e estiveram associadas aos projetos e às ideologias de desenvolvimento. Recuperação da força de trabalho no campo, modernização rural, ocupação territorial e incorporação de espaços saneados à lógica da produção capitalista corresponderam à associação entre saúde e desenvolvimento, a primeira ajudando

a promover o segundo. Em outras palavras, prevalecia o que os antropólogos norte-americanos Randall Packard e Peter Brown denominam de abordagem restrita da relação saúde e desenvolvimento (Packard e Brown, 1997).

Porém, a dinâmica política da sociedade brasileira começava, desde meados da década de 1950, a permitir deslocamentos na compreensão dessas relações e proposições de mudanças nas políticas da saúde, promovidas pelos ‘desenvolvimentistas’. Em discursos de 1955, por exemplo, o ministro da Saúde do governo Café Filho, Aramis Athayde, já defendia abertamente a idéia da saúde como questão de superestrutura, isto é, não como causa do desenvolvimento econômico e social, mas uma consequência dele. Desse modo, a saúde dependeria da infra-estrutura econômica de cada sociedade específica. Nesses discursos, também críticos à centralização herdada da gestão de Barros Barreto no DNS, defendia-se a ampliação do papel dos municípios e a necessidade de melhor aparelhamento dos serviços sanitários (Athayde, 1957).

Há claramente uma disputa entre projetos políticos-sanitários diversos, que se acirra no final do período democrático com a radicalização das lutas por reformas sociais. A 3ª Conferência Nacional de Saúde (3ª CNS), realizada em dezembro de 1963, foi o evento dramático e final da saúde na experiência democrática. Ela foi pautada pelo Plano Trienal do governo Goulart e pelo XV Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em 1962, no momento em que os sanitaristas desenvolvimentistas obtiveram o controle da Sociedade Brasileira de Higiene (Labra, 1988; Fundação Municipal de Saúde, 1991). Os principais pontos da 3ª CNS eram a rediscussão da distribuição de responsabilidades entre os entes federativos, uma avaliação crítica da realidade sanitária do país e uma clara proposição de municipalizações dos serviços de saúde, intenção revelada no temário da conferência e explicitada nos discursos do presidente da República e do ministro da Saúde Wilson Fadul. Os pêndulos citados por Farley se moviam rapidamente e o discurso de João Goulart na sessão inaugural da 3ª CNS é talvez a melhor expressão:

a política que o Ministério da Saúde deseja implantar na orientação das atividades médico-sanitárias do País se enquadra precisamente dentro da filosofia de que a saúde da população brasileira será uma consequência do processo de desenvolvimento econômico nacional, mas que para ajudar nesse processo o Ministério da Saúde deve dar uma grande contribuição, incorporando os Municípios do país em uma rede básica de serviços médico-sanitários, que forneçam a todos os brasileiros um mínimo indispensável à defesa de sua vida (...). (Fundação Municipal de Saúde, 1991: 23)

Esse movimento na direção da descentralização, da horizontalidade, da integração das ações de saúde, da ampliação dos serviços e da articulação da saúde com as reformas sociais foi abortado três meses depois pelo golpe militar de 31 de março de 1964.

Referências bibliográficas

- ATHAYDE, A. *Conferências pronunciadas em 1955 pelo Ministro Aramis Athayde*. Rio de Janeiro: Serviço de Documentação do Ministério da Saúde, 1957.
- BARBOSA, R. *Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro: Casa de Rui Barbosa, 1999.
- BARROS BARRETO, J. de. A III Conferência Pan-Americana de Diretores Nacionais de Saúde. *Arquivos de Higiene*, VI(2): 135-160, 1936.
- BARROS BARRETO, J. de. Normas para uma organização estadual de saúde pública. *Arquivos de Higiene*, VII(2): 339, 1937.
- BARROS BARRETO, J. de. A Conferência Sanitária Pan-Americana de 1940. *Arquivos de Higiene*, (11)1: 183, 1941.
- BARROS BARRETO, J. de. A V Conferência Pan-Americana dos Diretores Nacionais de Saúde. *Arquivos de Higiene*, 14(3): 183-200, 1944.
- BENCHIMOL, J. & TEIXEIRA, L. A. *Cobras, Lagartos & Outros Bichos: uma história comparada dos Institutos Oswaldo Cruz e Butantan*. Rio de Janeiro: UFRJ/ Casa de Oswaldo Cruz, 1993.
- BIELSCHOWSKY, R. *Pensamento Econômico Brasileiro*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2000.
- BRAGA, J. C. de S. & PAULA, S. G. de. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.
- BRASIL. *Mensagem apresentada ao Congresso Nacional pelo Presidente da República Eurico Gaspar Dutra*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1949.
- BROWN, P. Malaria, *miseria* and underpopulation in Sardinia: the 'malaria blocks development' cultural model. *Medical Anthropology*, 17(3): 239-254, 1997.
- CAMARGO, A. et al. *O Golpe Silencioso*. Rio de Janeiro: Rio Fundo, 1989.
- CANDAU, M. & BRAGA, E. Novos rumos para a saúde pública. *Revista da Fundação Especial de Saúde Pública*, 2(2): 569-590, 1948.
- CASA DE OSWALDO CRUZ. *A Ciência a Caminho da Roça: Imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- CASTRO SANTOS, L. A. de. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, 28: 193-210, 1985.

- CASTRO SANTOS, L. A. de. *Power, ideology and public health in Brazil (1889-1930)*, 1987. Tese de Doutorado, Cambridge: Department of Sociology, Harvard University.
- DE SWAAN, A. *In care of the State: Health care, education and welfare in Europe in the modern era*. Cambridge: Polty Press, 1990.
- DINIZ, E. (1983) *O Estado Novo: estrutura de poder e relação de classes*. In: FAUSTO, B. (Org.). *HGCB*, tomo III. São Paulo: Difel, 1983.
- ESCOBAR, A. *Encountering Development: the making and unmaking of the Third World*. New Jersey: Princeton University Press, 1995.
- ESCOREL, S. *Saúde Pública: utopia de Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.
- GOMES, A. de C. *Regionalismo e Centralização Política: partidos e constituinte nos anos 30*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- FARLEY, J. *To Cast Out the Disease: a history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*. New York: Oxford University Press, 2004.
- FAUSTO, B. A. *Revolução de 1930*. São Paulo: Brasiliense, 1970.
- FONSECA, C. M. O. As campanhas sanitárias e o Ministério da Saúde (1953-1990). In: BENCHIMOL, J. *Febre Amarela: a doença e a vacina – uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos/Fiocruz, 2001.
- FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. 3ª Conferência Nacional de Saúde. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1991.
- HAMILTON, W. & FONSECA, C. O. Políticas, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 10(3): 791-826, 2003.
- HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.
- KUBITSCHKE, J. *Programa de Saúde Pública do Candidato*. São Paulo: L. Nicollini, 1955.
- KUBITSCHKE, J. *Mensagem ao Congresso Nacional remetida pelo Presidente da República por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1956*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1956.
- LABRA, M. E. *O movimento sanitário dos anos 20: da conexão sanitária internacional à especialidade em saúde pública no Brasil*, 1985. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas.
- LABRA, M. E. *O sanitário desenvolvimentista*. In: TEIXEIRA et al. (Orgs.) *Antecedentes da Reforma Sanitária (1950-1964)*. Textos de apoio. Rio de Janeiro: PEC/Ensp, 1988.

- LAFER, B. M. (Org.). *Planejamento no Brasil*. São Paulo: Perspectiva, 1975.
- LESSA, R. (1988) *A Invenção Republicana: Campos Sales, as bases e a decadência da Primeira República*. São Paulo: Vértice/Iuperj, 1988.
- LESSA, R. Apresentação. In: HOCHMAN, G. (Org.). *A Era do Saneamento*. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.
- LIMA, N. T. *Um Sertão Chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Iuperj/Revan, 1999.
- LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-americana de Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, J. (Org.). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Opas/Fiocruz, 2002.
- LOBATO, M. Mr. *Slang e o Brasil e Problema Vital*. São Paulo: Brasiliense, 1957.
- LUZ, M. T. *Medicina e Ordem Política Brasileira*. Rio de Janeiro, Graal, 1982.
- MALLOY, J. *A Política da Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- MYRDALL, G. Les aspects économiques de la santé. *Chronique de l'organisation Mondiale de la Santé*, 6(7-8): 224-242, 1952.
- OLIVEIRA, J. & TEIXEIRA, S. F. *(Im)previdência Social: 60 anos da história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1986.
- OLIVEIRA, L. L. *A Questão Nacional na Primeira República*. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- PACKARD, R. M. Malaria dreams: postwar visions of health and development in the Third World. *Medical Anthropology*, 17(3): 279-296, 1997.
- PACKARD, R. M & BROWN, P. Rethinking health, development and malaria: historicizing a cultural model in International Health. *Medical Anthropology*, 17(3): 181-194, 1997.
- PENA, M. V. J. Saúde nos planos nacionais de desenvolvimento. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, 16: 69-96, 1977.
- REIS, E. *The agrarian roots of authoritarian modernization in Brazil, 1880-1930*, 1979. Tese de Doutorado. Massachussets: Massachussets Institute of Technology.
- REIS, E. Elites agrárias, *state building* e autoritarismo. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, 25(3): 331-348, 1982.
- REIS, E. Poder privado e construção de Estado na Primeira República. In: BOSCHI, R. (Org.). *Corporativismo e Desigualdade: a construção do espaço público no Brasil*. Rio de Janeiro: Rio Fundo /Iuperj, 1991.
- SANTOS, W. G. dos. *Décadas de Espanto e uma Apologia Democrática*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.
- SANTOS, W. G. dos. *Roteiro Bibliográfico do Pensamento Político-Social Brasileiro (1870-1965)*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: UFMG/Casa de Oswaldo Cruz, 2002.

- SANTOS, W. G. dos. *O Ex-Leviatã Brasileiro: do voto disperso ao clientelismo concentrado*. Rio de Janeiro: Record, 2005.
- STEPAN, N. *Gênese e Evolução da Ciência no Brasil*. Rio de Janeiro: Artenova/Fiocruz, 1976.
- SKIDMORE, T. *Preto no Branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- VIANNA, O. *Instituições Políticas Brasileiras*. Belo Horizonte/São Paulo: Itatiaia/Edusp: 1987.
- WINSLOW, C. E. A. *Lo Que Cuesta la Enfermedad y lo Que Vale la Salud*. Washington: Organización Mundial de la Salud/Oficina Sanitaria Panamericana, 1955.

2. AS ORIGENS DA REFORMA SANITÁRIA E DO SUS

Sarah Escorel

Dilene Raimundo do Nascimento

Flavio Coelho Edler

Este artigo pretende descrever o processo histórico que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, analisando o movimento pela Reforma Sanitária. O foco desta análise se concentra entre meados da década de 1970, quando, ainda em plena ditadura, se articula a agenda política do movimento, até 1990, momento em que a Lei Orgânica da Saúde (LOS 8.080) consolidou, apesar dos vetos do governo Collor, objetivos, atribuições, diretrizes, princípios, organização, financiamento e planejamento do SUS, em conformidade com o capítulo da Saúde da nova Constituição Brasileira, de 1988.

Para se compreender o significado e o alcance do movimento de Reforma Sanitária, convém analisá-lo a partir dos marcos da história política brasileira onde transcorreu essa luta pela elevação dos padrões de saúde da população. Nesta síntese panorâmica dos problemas próprios ao campo da saúde pública e da assistência médica, é apresentada uma periodização que se articula com os marcos políticos mais gerais. Como será assinalado adiante, algumas das tendências do sistema nacional de saúde mantiveram-se ao longo do período, enquanto outras sofreram inflexões ou transformações radicais.

Primeira fase do regime autoritário e a articulação do movimento sanitário (1964-1974)

Como se deu em outras ocasiões na história do Brasil, o golpe militar de 1964 abreviou o confronto político entre forças civis conservadoras e progressistas. Dessa vez, a curta experiência democrática foi abortada sob duas alegações básicas: restaurar a ordem social e política – ameaçada por um suposto movimento golpista envolvendo comunistas, sindicalistas e tra-

balhistas – e recolocar a economia nos eixos. A restauração da ordem deu-se pela repressão e supressão dos canais de comunicação entre o Estado e a sociedade. Recolocar a economia nos eixos significou a progressiva exclusão econômica de grandes parcelas da população, bem como da despolitização de temas que passaram a ser tratados sob a ótica tecnicista. Os militares permaneceram no poder até 1985.

O marechal Castelo Branco assumiu a presidência da República, em 1964, em nome do movimento militar que depôs o então presidente da República João Goulart. Em 1965, foram extintos todos os partidos políticos, instituindo-se o bipartidarismo (Arena e MDB). Em 1967, foi promulgada uma nova Constituição Federal e tomou posse, eleito pelo Congresso Nacional, o general Costa e Silva. Em 1968, a chamada ‘linha dura militar’ consolidou o viés autoritário e burocrático do regime. Com o Ato Institucional n. 5, cassaram-se mandatos de parlamentares, uma rígida censura dos meios de comunicação foi instituída e se estabeleceram eleições indiretas para os cargos do Executivo.

Em 1969, em razão da doença de Costa e Silva, uma junta militar assumiu o poder, impedindo a posse do vice-presidente civil, Pedro Aleixo. A junta militar entregou o poder ao general Emílio G. Médici. O governo do general Médici foi marcado por uma brutal repressão política aos inimigos do regime, simultânea ao ‘milagre econômico brasileiro’. De fato, entre 1968 e 1974, o autoritarismo concorreu para o controle inflacionário e para o *boom* do crescimento, com taxa média de 10,9% ao ano. Nesse período, os benefícios do crescimento eram distribuídos de modo muito desigual. Pelo menos metade da população economicamente ativa estava fora do mercado de trabalho formal, portanto, sem acesso a qualquer direito previdenciário.

O Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil no período militar caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde. A lógica centralista dominante nesse período, com a conseqüente supressão do debate sobre alternativas políticas no seio da sociedade, permitiram que o governo militar implantasse reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária. Com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões

(IAPs)¹ no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, concentraram-se todas as contribuições previdenciárias, ao mesmo tempo em que o novo órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, embora excluísse dos benefícios os trabalhadores rurais e uma gama de trabalhadores urbanos informais.

A saúde pública, relegada a segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos – que não chegavam a 2% do PIB – colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves conseqüências para a saúde da população. Os habitantes das regiões metropolitanas, submetidos a uma política concentradora de renda, eram vítimas das péssimas condições de vida que resultavam em altas taxas de mortalidade. Este quadro seria ainda agravado com a repressão política que atingiu também o campo da saúde, com cassações de direitos políticos, exílio, intimidações, inquéritos policial-militares, aposentadoria compulsória de pesquisadores, falta de financiamento e fechamento de centros de pesquisas.

Na década de 1970, a assistência médica financiada pela Previdência Social conheceu seu período de maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história. Entretanto, prestados pelas empresas privadas aos previdenciários, os serviços médicos eram pagos por Unidade de Serviço (US) e essa forma de pagamento tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção. A construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados com dinheiro público, mais especificamente com recursos financeiros da Previdência Social, associada ao enfoque na medicina curativa, foi concomitante à grande expansão das faculdades particulares de medicina por todo o país. Os cursos de medicina desconhe-

¹ Após a experiência das associações mutualistas privadas (1880-1910), as Caixas de Aposentadorias e Pensões, criadas a partir da década de 1920, formam a primeira interferência institucionalizada do Estado na organização dos serviços médicos. No contexto da reforma trabalhista do governo Vargas (1930-1945), criam-se os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) – industriários (1936), Iaptec – transporte e cargas (1938) e Iaserj – servidores do Estado. Cada IAP organiza sua rede própria de serviços da assistência médica hospitalar. Os institutos e as caixas somam 24 em 1924, 47 em 1930 e, em 1964, já asseguravam 22% da população brasileira. Com a unificação dos IAPs, quando da criação do INPS, em 1966, o Estado tornou-se o maior empregador de serviços de saúde.

ciam, de um modo geral, a realidade sanitária da população brasileira, pois estavam voltados para a especialização, para a sofisticação tecnológica e para as últimas descobertas das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. O INPS financiou, a fundo perdido, as empresas privadas que desejassem construir seus hospitais.

No final do governo do general Médici (1970-1974), já se observavam os primeiros sinais do desgaste do modelo político e das conseqüências sociais da concentração de riqueza. A permanente repressão política não mais conseguia conter as conseqüências impopulares do modelo de desenvolvimento econômico. A subordinação ao mercado mundial, tornada muito mais forte, resultou na profunda vulnerabilidade do país, frente às crises geradas internacionalmente. A elevação dos preços de determinadas matérias-primas imprescindíveis ao país, como o petróleo, e a concomitante desvalorização dos produtos exportados pelo Brasil (café, açúcar e algodão, por exemplo) tornam a balança comercial profundamente desfavorável ao país. Por outro lado, a perda do poder aquisitivo do salário mínimo, associado a um processo de intensa migração do campo para a cidade, rebaixou as condições de vida da população.

A insatisfação com o governo militar exprimiu-se politicamente e de forma maciça, pela primeira vez, nas eleições de novembro de 1974, quando a classe média urbana e amplos setores da população mais empobrecida retiraram o seu apoio ao regime. Foi nesse momento, ainda, que começaram a ganhar visibilidade estudos e pesquisas que demonstravam os efeitos maléficos do modelo de desenvolvimento adotado no país para a qualidade da saúde de amplos grupos populacionais e, ao mesmo tempo, o caráter irracional e perdulário do sistema de saúde (Mello e Carrara, 1982).

Com a rearticulação paulatina dos movimentos sociais, tornaram-se mais frequentes as denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, e amplificaram-se as reivindicações de solução imediata para os problemas criados pelo modelo de saúde existente. Nesse contexto, sindicatos das diversas categorias profissionais da saúde – principalmente médicos, acadêmicos e cientistas – debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida do povo. Um movimento pela transformação do setor saúde, cujas origens serão discutidas a seguir, fundiu-se com outros movimentos sociais, mais ou menos vigorosos, que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões imanentes à democracia.

As bases do movimento sanitário

Os Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) constituíram a base institucional que produziu conhecimentos sobre a saúde da população e o modo de organizar as práticas sanitárias. O movimento preventivista, até a década de 1960, importado dos Estados Unidos, normatizava a conduta do médico, redefinindo suas funções a partir de um conceito ecológico de doença e saúde. Para o discurso preventivista, a doença seria o resultado de um “desequilíbrio na interação entre o hóspede [homem] e o seu ambiente” (Laurell apud Escorel, 1998: 20). Seus conceitos estratégicos eram: “a integração no interior da escola médica na procura da formação de uma consciência consensual que determinasse a transformação da própria escola” (Escorel, 1998: 21); a pretensão de transformar a consciência dos estudantes; a mudança de acordo com a visão de que a história é feita pelos indivíduos; a idéia de que o setor saúde é autônomo politicamente (Arouca, 2003). As determinações sociais que interferem na produção das doenças e nas relações entre o setor saúde e a população não eram geralmente questionadas.

Os primeiros DMP no Brasil foram criados na década de 1950, na Faculdade Paulista de Medicina e na de Ribeirão Preto. A Lei da Reforma Universitária de 1968, que incorporou a medicina preventiva no currículo das faculdades, tornou obrigatórios os DMP. Este novo campo da especialidade médica foi o *locus* a partir do qual começou a se organizar o movimento sanitário, que buscava conciliar a produção do conhecimento e a prática política, ao mesmo tempo em que ampliava seu campo de ação, envolvendo-se com organizações da sociedade civil nas suas demandas pela democratização do país.

Foi nesse período que as idéias de Juan César García, o principal teórico e grande articulador da medicina social na América Latina, penetraram nos meios acadêmicos brasileiros. Sua abordagem se contrapunha à “concepção positivista de uma ciência universal, empírica, atemporal e isenta de valores”, uma abordagem médico-social fundada na percepção do caráter político da área da saúde (García apud Escorel, 1998: 26).

Em fins da década de 1960, desenvolve-se na América Latina uma forte crítica aos efeitos negativos da medicalização. Os programas de medicina comunitária propõem a desmedicalização da sociedade, com programas alternativos de autocuidado da saúde, com atenção primária realizada por pessoal não-profissional e a valorização da medicina tradicional. Essa discussão contra a

elitização da prática médica, bem como contra a inacessibilidade dos serviços médicos às grandes massas populacionais, teve seu ponto culminante na Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, em Alma-Ata (Cazaquistão), em 1978, quando se reafirmou ser a saúde um dos direitos fundamentais do homem, sob a responsabilidade política dos governos, e se reconhece a sua determinação intersetorial.

No Brasil, os programas que aplicaram as teses da medicina comunitária – desmedicalização, autocuidado de saúde, atenção primária realizada por não-profissionais, revitalização da medicina tradicional e emprego de tecnologia apropriada (García, 1983) – vinculavam-se aos DMP. Numa primeira fase, os projetos de medicina comunitária pretendiam propiciar ao estudante uma visão extramuros, extra-hospitalar, mais integral. Como exemplos, há Vila Lobato (Ribeirão Preto-SP) e Vale da Ribeira (São Paulo). Numa segunda fase, avançou-se para a formação de internos e residentes nos DMP, com rearranjos institucionais que aumentaram a participação popular. Exemplos dessa nova etapa foram os projetos do Vale do Jequitinhonha (MG), de Paulínia (Campinas-SP) e de Sobradinho e Planaltina (Opas/Kellog apud Escorel, 1999).

Este ambiente de questionamentos e novas formulações em torno da prática médica caracterizou-se pela revisão crítica da teoria preventivista, até então hegemônica na análise dos problemas da saúde. Delimitou-se teoricamente o campo da saúde coletiva. Para esses atores, o estudo do processo saúde-doença teria como foco não mais o indivíduo ou o seu somatório, mas a coletividade (as classes sociais e suas frações) e a distribuição demográfica da saúde e da doença. A ciência deixou de ser percebida como ‘neutra’ e a teoria passou a ser vista como um instrumento de luta política, com a realidade sanitária como seu objeto de estudo e intervenção política (Escorel, 1999).

Portanto, o movimento sanitário, entendido como um movimento ideológico com uma prática política, constituiu-se a partir dos DMP num confronto teórico com o movimento preventivista liberal de matriz americana e com sua versão racionalizadora proposta pela burocracia estatal. O pensamento reformista, que iria construir uma nova agenda no campo da saúde, desenvolveu sua base conceitual a partir de um diálogo estreito com as correntes marxistas e estruturalistas em voga. A reformulação do objeto saúde, na perspectiva do materialismo histórico, e a construção da abordagem médico-social da saúde pretendia superar as visões biológica e ecológica do antigo preventivismo.

Nas universidades, os DMP constituíram, grosso modo, três correntes do pensamento sanitário: o liberal, o racionalizador e o médico-social. O projeto racionalizador, opondo-se ao estrito modelo liberal, reorientou o sistema oficial de atenção à saúde, articulando projetos desenvolvidos entre universidades e secretarias de Saúde. Nessa medida, o movimento sanitário procura ocupar espaços com um pensamento contra-hegemônico ao preconizado pelo regime autoritário. Os projetos experimentais, nascidos nas universidades, constituíram a base para a intervenção posterior do pensamento médico-social, a partir dos anos 1974 e 1975 (Escorel, 1999).

Dentre a literatura que discutiu e problematizou os marcos teóricos tradicionais, destacam-se dois trabalhos de 1975: as teses *O dilema preventivista*, de Sérgio Arouca, e *Medicina e sociedade*, de Cecília Donnangelo. Para além da literatura produzida por Carlos Gentile de Mello, em sua coluna no jornal *Folha de S. Paulo*, das críticas formuladas por outros sanitaristas da mesma geração, como Murilo Villela Bastos, Mário Magalhães e Nildo Aguiar, os DMP foram o principal palco da luta conceitual. Aqui, a saúde como dimensão da democracia erigiu-se em bandeira contra o regime autoritário.

Os anos Geisel: II Plano Nacional de Desenvolvimento e novos espaços institucionais

Frente às críticas ao seu projeto político e social, o regime militar procurou resistir, ampliando, por um lado, de forma controlada, o espaço de manifestação política; por outro, utilizando-se simultaneamente de dois mecanismos voltados para responder às demandas das camadas populares: concessões econômicas restritas e uma política social ao mesmo tempo repressiva e paternalista (Teixeira e Oliveira, 1985).

O ano de 1974, com a posse do general Ernesto Geisel, marcou o começo de uma importante inflexão política do regime que inicia o processo de abertura, completada pelo último presidente militar, general João Figueiredo (1979-1985). Deu-se início a um projeto de auto-reforma, no sentido de ampliar sua base de legitimação social e fazer frente ao avanço da oposição, cujo partido, o MDB, tivera grande sucesso eleitoral nas capitais dos estados. Já em 1975, o governo decreta o fim da censura à grande imprensa. Em 1977, o ministro da Justiça inicia uma rodada de negociações com a Ordem dos Advogados

do Brasil, a Associação Brasileira de Imprensa, a Confederação Nacional dos Bispos do Brasil e o MDB, visando a uma abertura política ‘lenta, gradual e segura’. O setor mais importante de combate às políticas do regime autoritário foi a Igreja Católica – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) e Comunidades Eclesiais de Base (CEBs). Esses anos são marcados, ainda, pelo ressurgimento do movimento estudantil e o surgimento do movimento pela anistia e do novo sindicalismo, além da organização, em algumas capitais, do Movimento Contra o Custo de Vida e o início do movimento sanitário.

O II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) foi um plano quinquenal voltado ao desenvolvimento econômico e social, o qual continuava ideologicamente orientado pela visão do ‘Brasil Grande Potência’. Apareciam nele, entretanto, algumas prioridades no campo social: educação, saúde e infraestrutura de serviços urbanos. O diagnóstico apresentado para a saúde pública e, inclusive, para a assistência médica da Previdência denunciava a carência de capacidade gerencial e estrutura técnica, o que reduzia a eficácia dos recursos públicos a elas destinados e elevava o risco das decisões de aumentá-las substancialmente. Para fazer frente a esses desafios, o governo criou o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), à semelhança do Conselho de Desenvolvimento Econômico, e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). O regime precisava lançar mão de políticas sociais para a sua legitimação, por isso investiu, canalizou recursos e priorizou projetos nestes setores. No entanto, não tinha quadros para ocupar todos os espaços abertos e terminou por criar espaços institucionais para pessoas de pensamento contrário, senão antagônicos, ao dominante em seu setor. Por esta brecha, lideranças do movimento sanitário entraram na alta burocracia estatal, na área da Saúde e da Previdência Social (Escorel, 1999).

Nessa conjuntura, o planejamento estatal, voltado a estimular políticas sociais, gerou três espaços institucionais, logo ocupados por técnicos ligados ao movimento sanitário. O setor Saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (CNRH/Ipea), a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Organização Pan-americana da Saúde (Ppreps/Opas) serviram como pilares institucionais que estimularam a estruturação e a articulação do movimento sanitário. O Ppreps, por exemplo, esteve envolvido com 11 projetos de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos, junto a Secretarias Estaduais de Saúde, quatro de Integração Docente-Assistencial e um de Tecnologia Educacional – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde/

Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional (Nutes/Clates). Abrigou vários técnicos que não conseguiam trabalhar em serviço público, porque tinham sido fichados pelo Serviço Nacional de Inteligência (SNI). A canalização de recursos para a área acadêmica, no campo da saúde coletiva, propiciou o desenvolvimento do Instituto de Medicina Social (IMS), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e a criação, na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), do Programa de Estudos Populacionais e Epidemiológicos (Peppe) e do Programa de Estudos Socioeconômicos da Saúde (Peses).

A estratégia de distensão política, iniciada pelo governo do general Geisel (1974-1979), possibilitou ao movimento sanitário apresentar propostas transformadoras no sentido de melhorar e democratizar o atendimento à saúde das populações mais carentes. A política de saúde, adotada até então pelos governos militares, punha ênfase numa medicina de cunho individual e assistencialista, em detrimento de ações vigorosas no campo da saúde coletiva. Rejeitavam-se as formulações propostas por sanitaristas identificados com o projeto nacional desenvolvimentista, do período anterior ao golpe. Além de privilegiar uma prática médica curativa, em detrimento de medidas de ações preventivas de interesse coletivo, a política de saúde acabou por propiciar um processo de corrupção incontrolável, por parte dos setores privados, que, na busca do superfaturamento, multiplicavam e desdobravam os atos médicos, optavam por internações mais caras, enfatizavam procedimentos cirúrgicos desnecessários, além de utilizar pouco pessoal técnico e equipamentos antigos, entre outros expedientes (Teixeira e Oliveira, 1985).

Atuando sob forte pressão do regime autoritário, o movimento sanitário caracterizou-se, gradualmente, como uma força política construída a partir da articulação de uma série de propostas contestatórias ao regime. Para viabilizar suas propostas, criou-se o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), em julho de 1976, a partir de uma sugestão de um grupo de médicos do curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), na sua maioria oriundos dos DMP. Esse organismo teve, em sua revista *Saúde em Debate*, um veículo divulgador de sua plataforma de lutas e um canal de debates do movimento sanitário. *Saúde em Debate* empenhou-se em denunciar as iniquidades da organização econômico-social e a perversidade do sistema de saúde privatizado e anti-social (Rodriguez Neto, 2003). Foi, também, um instrumento de luta pela democratização do país e pela racionalização na organização dos serviços de saúde.

Outra organização que teve papel protagonista na luta do movimento sanitário foi a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Criada em 1979 como uma associação dos programas de pós-graduação em saúde coletiva e saúde pública, deu ênfase muito especial à residência em medicina preventiva e social, expandida no país devido a um convênio firmado entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e várias universidades. A residência, até então mera reprodutora de quadros para os departamentos de medicina preventiva e social, passou a formar gestores sanitários para o Sistema Nacional de Saúde.

A Abrasco sempre buscou expressar o pensamento da saúde pública, dialogando com os gestores da saúde sem estar a eles atrelada. Na verdade, ainda que conservando o nome de pós-graduação, a Abrasco muitas vezes veio a público se manifestar sobre propostas políticas, estando com o Cebes presente em muitos fóruns da sociedade civil. Assumiria, então, duas funções: uma de caráter mais corporativo, que seria a defesa da investigação e do ensino em saúde coletiva, no momento da constituição desse novo campo disciplinar; e, outra, de porta-voz dos pensamentos da comunidade científica.

Nesse contexto, em que surge a proposta de reformulação da política de saúde como uma efetiva Reforma Sanitária, emergiu o movimento sanitário. Constituído principalmente por médicos e intelectuais de formação comunista, socialista e liberal, e originado nos DMP das faculdades de medicina, o movimento sanitário influenciou o mundo acadêmico e atuou como liderança do processo de reformulação do setor saúde. Exercia uma forte crítica à antiga abordagem estritamente biológica da medicina e discutia a prática da medicina numa perspectiva histórico-estrutural, pela qual se buscava apreender as relações entre saúde e sociedade. Ao mesmo tempo, avançou na implementação de políticas de saúde alternativas às implantadas pelo regime militar. Tais políticas emanavam de programas de extensão universitária, de secretarias municipais de Saúde e mesmo do próprio Ministério da Previdência Social, onde alguns especialistas ligados ao movimento sanitário assumiram cargos técnico-administrativos.

Nesses primeiros anos do movimento sanitário, a ocupação dos espaços institucionais caracterizou-se pela busca do exercício e da operacionalização de diretrizes transformadoras do sistema de saúde. Dessa forma, profissionais que pensavam criticamente o sistema tratavam estes espaços como uma arena onde era possível travar uma luta surda, mas acirrada, para pôr em prática projetos que, de resto, iam completamente na contra-mão dos interesses do regime autoritário.

Alguns desses projetos tornaram-se modelos de serviços oferecidos pelo sistema de saúde. O Plano de Localização de Unidade de Serviços (Plus), por exemplo, primeira experiência coletiva em termos de saúde pública, na Previdência Social, pôs em prática uma metodologia de programação de serviços, num momento em que programar não era uma prática institucional. De acordo com essa metodologia, buscava-se aplicar o princípio da universalização de acesso aos serviços, levando-se em conta a relação entre a população total e o total dos serviços anteriormente disponíveis somente à clientela previdenciária de uma mesma região. Essa metodologia teve por objetivo provar que existia uma forma mais racional e justa de distribuição dos serviços existentes. “Em 1979, com a mudança na presidência do Inamps de Harry Graeff – representando os interesses do setor privado – a equipe foi dissolvida e o convênio foi desativado, deixando apenas como produtos os Planos Diretores das Regiões Metropolitanas e do estado da Paraíba” (Escorel, 1999: 135-142).

O Projeto Montes Claros (MOC) foi uma experiência que incorporou na sua prática os conceitos de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular. Concebendo a prática da medicina sob a ótica da ação política, o projeto MOC provou que as propostas do movimento sanitário eram exequíveis, inclusive, por sua capacidade de articulação com diferentes forças sociais. Adotando como estratégia básica executar o possível, ainda que às custas da diminuição de seu âmbito inicial, o MOC teve um papel ideológico agregador, constituindo-se em objeto de estudo para um bom número de pesquisadores dos movimentos sociais interessados pela articulação ‘saúde e organização política’ (Escorel, 1999). José Saraiva Felipe, ao falar da sua experiência no MOC, dez anos depois, asseverava:

A idéia de gênese do projeto MOC vem de 1972, aquelas histórias de que a Family Health entendeu de se fazer um projeto que, ao mesmo tempo em que ampliase uma estrutura de atenção à saúde nos postinhos rurais, este era um modelo que a OPAS vinha preconizando, que pudesse estabelecer também a questão de planejamento familiar na região. (...) O que eu acho que aconteceu de novo, o salto qualitativo do projeto foi quando o Chicão [Francisco Machado, diretor do Centro Regional de Montes Claros] assumiu. Ele propôs uma releitura dessa proposição técnica que fazia o modelo, e daí veio uma proposta política (...) a saúde era muito mais fruto das condições de vida e de trabalho das pessoas e que para se mudar a saúde era necessária mudança nas condições de vida. Eu acho que a gente superou esse ar de ingenuidade. A discussão tem que estar associada [à proposta] de você montar um sistema de saúde que, apesar

desse pano de fundo de miséria e tudo, dê conta de atender minimamente a população, na área de saúde pública e da assistência médica. (Felipe, 1993)

O caráter pioneiro do Projeto Montes Claros, cujos princípios, mais tarde, servirão para nortear a proposta do SUS, é salientado por Eugênio Vilaça Mendes, consultor da Opas/OMS, nos seguintes termos:

O que é moderno no projeto MOC? Moderno foi, naquele momento, nós desenvolvermos um sistema descentralizado, onde o Centro Regional contratava, (...) era unidade orçamentária, com liberdade de escolha. O que viabilizava o projeto Montes Claros [era] a existência de um recurso extra-orçamentário muito flexível e de grande quantidade. (Mendes, 1993)

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), elaborado pela equipe do setor de saúde do Ipea, propunha a “interiorização das ações de saúde, não mais através de uma política de atrair médicos para o interior, mas através de programas de extensão segundo as propostas da Opas” (Van Stralen apud Escorel, 1998: 156). Teve como sua área de ação privilegiada a região Nordeste, especialmente aquelas localidades que não interessavam às empresas de saúde e, portanto, não se chocava com setores privatizantes da prática médica e da Previdência Social. Concebido originalmente como uma rede de minipostos e ações de saneamento, constatou-se a extrema dificuldade de sustentação e manutenção desta rede, sem articulação com níveis mais complexos (Rossas apud Escorel, 1999). Os altos custos e a falta de articulação interinstitucional para a consecução de seu projeto de saneamento fizeram com que seus idealizadores adotassem o modelo posto em prática em Montes Claros:

Esse modelo foi expandido para o estado, foi implantado em Caruaru, em Pernambuco, e nós aqui [MOC] estávamos bem avançados na execução dos trabalhos quando foi criado o Piass (...) E o Piass encontrou no nosso sistema integrado de prestação de serviços de saúde de Montes Claros uma estrutura já montada, a qual ele pode se acoplar e começar a desenvolver [os seus trabalhos]. (Tavares, 1993)

A idéia de se utilizar amplamente pessoal de nível auxiliar, originário das comunidades a serem beneficiadas com o plano, tinha por objetivo diminuir os seus custos e criar uma ponte de nível técnico entre as populações a serem atendidas e a própria unidade de saúde. Dessa forma, a rede de minipostos, com a utilização de pessoal auxiliar, garantia a interiorização das ações de saúde. Há de se observar, todavia, que este modelo de participação comunitária tornou-se um campo favorável para a ação do clientelismo político local.

O Piass pretendia ser um programa de impacto, de alta visibilidade para a população, legitimador do regime. Na verdade, o Piass uniu uma abordagem médico-social ao pensamento sanitaria desenhovimentista, significando, assim, a viabilização e expansão do que já fora experimentado no MOC, favorecendo, por outro lado, o avanço do movimento sanitário. Abrangendo dez estados, tornou-se viável por haver contado, a partir de um certo momento, com o apoio de secretários de Saúde dos estados e da própria Previdência Social. Suas principais diretrizes eram a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a ampla participação comunitária na assistência à saúde. O Piass foi a semente que gerou, em 1980, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass).

Governo Figueiredo: o fim do ciclo militar

O processo de abertura foi completado pelo último presidente militar, general João Figueiredo (1979-1985). No primeiro ano de seu governo, Figueiredo decretou anistia política e o país comemorou a volta dos exilados. Em 1982, realizaram-se, em todo o país, eleições diretas para os governos dos estados. A crise econômica do período pós-milagre se agravava, gerando tensões populares e vários episódios de saques a supermercados.

O governo Figueiredo, marcado pela abertura política e a influência do II PND, do período Geisel, pareceu, no primeiro momento, mais promissor para a área da saúde. Afinal, as experiências municipais de reorganização de serviços de saúde e o próprio Piass davam sinais de amadurecimento. Mas não tardou o sentimento de frustração, por parcela do movimento sanitário, com a não unificação dos Ministérios da Previdência e da Saúde, tão desejada para o aprofundamento das reformas pretendidas.

Em 1979, o Cebes torna-se, além de núcleo de aglutinação política, um órgão de consultoria técnica. O núcleo de Brasília, formado por técnicos que trabalhavam no Piass, no Ppreps e em ministérios, destacou-se por sua ação no parlamento. As ações no parlamento marcam uma inflexão no movimento sanitário. A realização do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em outubro desse ano, tornou evidente a existência de um movimento articulado, ao aprovar como resolução oficial um documento elaborado pelo Cebes: “A Questão Democrática na Área da Saúde”.

Por outro lado, as pressões sociais e políticas do setor da saúde resultaram na criação de mecanismos de coordenação interministerial com o objetivo de se elaborar um projeto de grandes proporções para o reordenamento do setor. A primeira versão do projeto, de julho de 1980, denominada originalmente de Pró-Saúde e, mais tarde, por pressão do Ministério da Previdência, Prev-Saúde, passou por diversas redefinições, num processo considerado como do “maior surrealismo” por Eleutério Rodriguez Neto, que diz:

Nenhuma das versões elaboradas chegou a ser assumida oficialmente. As versões eram ‘vazadas’. Havia debates políticos sobre as mesmas e eram negadas [rejeitadas] para, depois, aparecerem modificadas e seguirem o mesmo processo, até o começo de 1981, quando [o Prev-Saúde] exauriu-se como projeto. (Rodriguez Neto, 2003: 37)

Na sua primeira versão, o Prev-Saúde apresentava-se, aparentemente, como um plano que, inspirado em programas de atenção primária, como os projetos Sobradinho, MOC e Piass, tinha como seus pressupostos básicos a hierarquização das formas de atendimento por níveis de complexidade, a integração dos serviços existentes em cada um dos níveis de complexidade, fossem de origem pública ou privada, e a regionalização do atendimento por áreas e populações definidas. Contudo, não passava de uma proposta de investimento no nível primário de atenção, que não tocava significativamente na rede hospitalar privada. Gentile de Mello, em artigo à *Folha de S. Paulo*, de 6 de outubro de 1980, a ele referiu-se nos seguintes termos:

A verdade é que o projeto sofreu alterações substanciais precisamente nos seus aspectos básicos. (...) O Prev-saúde de agosto estabelecia condições para a inclusão dos serviços privados no sistema desde que: a) não tenham fins lucrativos; b) tenham participação comunitária; c) adotem práticas, métodos e procedimentos semelhantes ao setor público; d) submetam-se aos mecanismos de controle do sistema. Procurava-se, com isso, evitar que o doente fosse considerado um “cheque ao portador”. O Prev-saúde de setembro, sobre o assunto, diz: nos níveis secundário e terciário, onde o setor privado é majoritário, o setor público participará em caráter de complementação, em proporção suficiente para o estabelecimento de padrões, treinamento de pessoal, orientação, supervisão e apoio à rede básica. Em outras palavras, nada mudará. (Mello apud Teixeira e Oliveira, 1985: 272-273)

Ao incorporar o ideário do movimento sanitário, construído em amplos debates oficiais, como o I Simpósio Sobre Política Nacional de Saúde,² e a VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, bem como debates não-oficiais, o Prev-saúde sofreu pressões por parte de todos os grupos de interesses privatistas. Na medida em que defendia um serviço integrado de saúde, pautado pelos princípios da atenção primária à saúde, em bases regionais e hierarquizadas, jamais foi apresentado oficialmente, isto é, foi um projeto, nas palavras de Gentile de Mello, “natimorto” e, como tal, permaneceu como paradigma das reformas sanitárias desejadas pela sociedade civil, jamais atendidas pelo governo (Mello apud Rodriguez Neto, 2003).

A década de 1980 se inicia com um movimento cada vez mais forte de contestação ao sistema de saúde governamental. As propostas alternativas ao modelo oficial de atenção à saúde caracterizam-se pelo apelo à democratização do sistema, com participação popular, a universalização dos serviços, a defesa do caráter público do sistema de saúde e a descentralização. Ao mesmo tempo, o agravamento da crise da Previdência Social, em 1981, associada à decisão do governo de manter o ministro Jair Soares no cargo, resultou no lançamento do chamado ‘pacote da previdência’. Este pacote previa o aumento das alíquotas de contribuição, a diminuição dos benefícios dos aposentados, além, e fundamentalmente, de “uma certa intervenção na área da assistência médica da Previdência Social, considerada ‘gastadora’ e parcialmente responsável pelo *déficit*” (Rodriguez Neto, 2003: 39). Foi nesse contexto que teve origem o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp).

Criado em 2 de setembro de 1981, pelo decreto n. 86.329 do presidente da República, como órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social, o Conasp deveria operar como organizador e racionalizador da assistência médica. Deveria sugerir critérios para alocação dos recursos previdenciários do setor saúde, recomendar políticas de financiamento e de assistência à saúde, bem como analisar e avaliar a operação e o controle da Secretaria de Assistência Médica da Previdência Social – em resumo, diminuir e racionalizar os gastos.

O Conasp era presidido por Aloysio Salles e integrado por 14 membros escolhidos pelo próprio presidente da República, em lista quádrupla vinda de órgãos ministeriais e representativos de classe, como os Ministérios da Previdência e Assistência Social, Saúde, Trabalho, Educação e Cultura, Fazenda,

² O relatório final do simpósio foi apresentado por Sérgio Arouca.

Desburocratização e Planejamento, além das Confederações Nacionais da Indústria, do Comércio e da Agricultura, dos Trabalhadores da Agricultura, do Comércio e da Indústria e do Conselho Federal de Medicina. Embora tido por muitos órgãos e entidades que o integravam como “mais um órgão colegiado para não funcionar” (Rodríguez Neto, 2003: 40), o Conasp procurou instituir medidas moralizadoras na área da saúde, como, por exemplo, a da Portaria n. 3.046, de 20 de julho de 1982, que estabeleceu parâmetros assistenciais visando a disciplinar o atendimento médico-hospitalar dos hospitais conveniados e da rede pública.

O conselho se constituía, segundo Rodríguez Neto, de quatro tendências principais no que diz respeito às concepções do sistema de saúde e suas estratégias organizativas. A primeira tendência, ‘conservadora-privatista’, defendia a manutenção do modelo assistencial, com a ampliação de seus recursos operacionais e a melhoria da fiscalização dos gastos do Inamps. Esta tendência era representada por Carlos M. Nascimento, do Rio Grande do Sul, da Confederação Nacional do Comércio, à qual se filiava a Federação Brasileira de Hospitais (FBH).

A segunda tendência, ‘modernizante-privatista’, defendia a idéia de que o sistema nacional de saúde fosse reorganizado com base nas Health Maintenance Organizations, que corresponderia no Brasil à medicina de grupo. Para esta tendência, caberia à medicina de grupo a responsabilidade pela atenção à saúde, com recursos oriundos da contribuição de seus usuários. O setor público cuidaria exclusivamente dos marginalizados e das ações específicas de saúde pública. Os defensores desta tendência pretendiam, assim, estar em sintonia com o capitalismo de livre mercado. O principal porta-voz desta tendência no Conasp era José Teófilo de Oliveira, da Secretaria de Planejamento (Seplan).

A terceira tendência, de ‘perspectiva estatizante’, defendia a idéia de que caberia ao Estado a execução dos serviços e ações de saúde. Seus representantes eram José T. Fiúza, do Ministério da Saúde, e Marlow Kwitko, da Previdência Social. A última tendência, majoritária, defensora do pensamento liberal, pretendia reforçar o setor público, exercer maior controle sobre o setor privado, tornar a ‘máquina’ mais eficiente tecnicamente, não intervir nas ações e nos serviços propriamente privados e combater todo o mercantilismo. Preconizava a necessidade de restauração da moralidade e da ética, deterioradas pelo sistema corruptor. Esta tendência era representada pelo próprio presidente do Conasp, Aloysio Salles, pelo Ministério da Educação e Cultura, pelo Conselho Federal de Medicina e pelas Confederações

Nacionais da Agricultura, da Indústria, dos Trabalhadores da Indústria, dos Trabalhadores da Agricultura e dos Trabalhadores do Comércio (Rodríguez Neto, 2003: 40-41).

A crise financeira que deu origem a um processo de devassa na Previdência Social aprofundou-se com a troca de ministros do MPAS. Ao sair Jair Soares, substituído por Hélio Beltrão, é feita uma série de denúncias sobre fraudes dos hospitais privados na sua prestação de contas à Previdência. O próprio ministro Jair Soares foi acusado de corrupção. Hélio Beltrão, o novo ministro e autor da acusação, suspendeu 3.100 credenciamentos que haviam sido feitos, de janeiro a maio de 1982, baseados somente em critérios políticos. Desse conjunto de credenciamentos, Jair Soares assinara 2.400, em seus dois últimos dias de gestão, sendo que 2.600 beneficiariam o Rio Grande do Sul, estado que Jair Soares pretendia governar (Teixeira e Oliveira, 1985).

De acordo com a Portaria n. 3.046, a autorização de novos credenciamentos estaria condicionada à existência de recursos financeiros, desde que fossem cumpridos os critérios e as normas técnicas, dando-se preferência à reativação dos serviços públicos. Os credenciamentos passaram a ser atribuição direta do ministro, enquanto os superintendentes regionais não fossem substituídos, já que sobre alguns deles pairava a suspeita de participarem de fortes esquemas clientelistas.

As medidas constantes da Portaria n. 3.046 caracterizam-se como os primeiros passos para uma mudança no sistema médico-hospitalar da Previdência Social, que se corporificou no Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, conhecido como Plano do Conasp, aprovado em agosto de 1982.

O Plano do Conasp que, de certa forma, resgatava alguns princípios existentes no Prev-Saúde, dividia-se em três partes: a primeira, racionalizadora, preocupava-se com a contenção de gastos e projetava substituir o sistema então vigente de pagamento de gastos médicos (GIH), que remunerava atos isolados, por um novo sistema de contas (AIH), que remunerava por procedimentos mais agregados, com a eliminação da Unidade de Serviço. A segunda parte referia-se à eficácia técnica, pela qual se buscava reorientar conteúdos e estratégias de programas como o de saúde mental, odontologia, procedimentos de alto custo, entre outros. Finalmente, a terceira parte apontava para uma maior racionalidade na rede assistencial, pela melhora dos serviços próprios e pela criação do projeto de Racionalização Ambulatorial.

Buscava-se, assim, “a otimização da relação com os serviços ambulatoriais privados (credenciados) e o Programa de Ações Integradas de Saúde (Pais)”, além de uma maior articulação entre as redes federal, estadual e municipal, pela ocupação de suas capacidades instaladas (Rodriguez Neto, 2003: 44). Concebido sob uma orientação mais tecnocrática e centrada na eficiência, o Plano do Conasp aparece como um documento oficial onde se observa, pela primeira vez, uma posição mais crítica ao sistema de saúde previdenciário, ao mesmo tempo em que avalia com precisão as implicações decorrentes das formas vigentes de financiamento do setor privado.

As Ações Integradas de Saúde (AIS) surgiram sob a forma de um programa (como o Pais) dentro do Plano do Conasp, e se concretizaram por meio de convênios, assinados pela maioria dos estados brasileiros entre o MPAS/MS/MEC e as secretarias estaduais de Saúde, com a incorporação progressiva dos municípios. Os governos eleitos em 1982, especificamente nos estados em que a oposição foi vitoriosa, possibilitaram a rápida celebração dos convênios das AIS. Em maio de 1984, todos os estados brasileiros haviam adotado as AIS.

Apesar de todos os problemas em sua implementação, as AIS significaram avanços consistentes no fortalecimento da rede básica ambulatorial, na contratação de recursos humanos, na articulação com os serviços públicos municipais, na revisão do papel dos serviços privados e, em alguns casos, na participação da população na gestão dos serviços. Estes avanços, entretanto, não impediram retrocessos. Ao contrário, a partir de 1984, a direção geral do Inamps passou a praticar uma política de favorecimento à iniciativa privada, através do uso de expedientes fraudulentos no sistema AIH, aumentos nos valores das tabelas de remuneração e claras alianças da tecnoburocracia com a área hospitalar privada:

é natural que o contexto institucional em que o Pais se desenvolveu refletisse de forma particular a crise governamental, com a falta de recursos financeiros e de coordenação por parte do governo. Além dessas dificuldades, a proposta encontrou grandes resistências internas por parte de um aparelho de Estado fortemente hegemonizado pelas posturas privatizantes, favorável à manutenção da política até então vigente de compra de serviços na rede privada de saúde. (Escorel, 1998: 184)

Mesmo antes do advento da chamada Nova República, o movimento sanitário realizou sua estratégia de ocupação de todos os espaços de discussão

possíveis. Articulado com as lideranças políticas do país, promoveu encontros cuja finalidade não se resumia a planejar políticas para a área da saúde, mas, sim, influir na sua adoção:

Em dezembro de 1984, realizou-se novo Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde, promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, marcado pela tentativa de estabelecer um consenso entre o movimento sanitário e as entidades de representação dos empresários da saúde. Só houve acordo em um ponto: era necessário ampliar as dotações orçamentárias para a saúde.

Em janeiro de 1985, realizou-se a reunião de Montes Claros, da qual participaram lideranças que se apresentavam para debater propostas para o governo, o qual deveria encerrar o ciclo autoritário de presidentes da República, com a candidatura Tancredo Neves. A carta de Montes Claros, liderada por José de Saraiva Felipe, secretário municipal de saúde à época, reafirmava os princípios e postulados de 1979, do I Simpósio realizado na Câmara dos Deputados. A partir de Montes Claros, sucedem-se reuniões para aprofundar e detalhar a futura operacionalização da proposta para a denominada Nova República, principalmente, quanto ao processo de unificação do Ministério da Saúde com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), e a passagem da Central de Medicamentos (Ceme) da Previdência para a Saúde. (Cordeiro, 2004: 78)

O governo Sarney e a transição democrática

Em 1985, o regime militar chega ao fim com a eleição indireta da chapa de oposição, apoiada pela dissidência do próprio partido governista. O parlamentar civil Tancredo Neves é eleito presidente, mas falece antes de tomar posse. Quem conduzirá o país nessa fase de redemocratização, chamada Nova República, é o vice-presidente José Sarney. Na economia, o governo Sarney é marcado por dois planos, o Plano Cruzado I e II, que visam, num contexto de hiperinflação, à estabilidade e ao crescimento econômico. Na política, busca-se um equilíbrio entre as forças vitoriosas sob a hegemonia dos políticos democratas e liberais que ocupavam o centro do espectro ideológico.

Com o advento da Nova República, lideranças do movimento sanitário assumem efetivamente posições em postos-chave nas instituições responsáveis pela política de saúde no país. Como expressão desta nova realidade, desta-

ca-se a convocação, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo presidente foi Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz. Este evento é considerado o momento mais significativo do processo de construção de uma plataforma e de estratégias do “movimento pela democratização da Saúde em toda sua história” (Rodriguez Neto, 2003: 49).

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. Nessa conferência, que contou com a presença de mais de quatro mil pessoas, evidenciou-se que as modificações no setor da saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional. Questão fundamental para os participantes da conferência foi a da natureza do novo sistema de saúde: se estatal ou não, de implantação imediata ou progressiva. Recusada a idéia da estatização, manteve-se a proposta do fortalecimento e da expansão do setor público.

Outro tema bastante debatido foi o da unificação do Inamps com o Ministério da Saúde. Para os conferencistas, a Previdência Social deveria ater-se às ações próprias do seguro social, enquanto a saúde deveria ser entregue a um órgão federal com novas características. O setor saúde receberia recursos vindos de diferentes receitas, sendo que o seu orçamento contaria com recursos provenientes do Inamps. Estes seriam progressivamente retirados, na medida em que seu órgão gestor se tornasse possuidor de financiamento próprio. Assim, foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde que se aprovou a criação de um sistema único de saúde, que se constituísse num novo arcabouço institucional, com a separação total da saúde em relação à previdência. Ao mesmo tempo, vislumbradas as barreiras e dificuldades para a consecução da reforma, aprovaram-se moções de que as AIS não deveriam se constituir em obstáculo à implantação do SUS:

O financiamento e a discussão da operacionalização ainda deveriam ser mais aprofundados, embora se recomendasse a constituição de um orçamento social que englobasse os recursos destinados às políticas sociais nos diversos ministérios e os dos diversos fundos sociais, cabendo, contudo, a organização de fundos únicos de saúde nos três níveis da Federação. Propôs-se a criação de um grupo executivo da Reforma Sanitária, convocado pelo Ministério da Saúde – a Comissão Nacional da Reforma Sanitária. (Cordeiro, 2004: 13)

Na medida em que “o financiamento e a discussão da operacionalização ainda deveriam ser mais aprofundados”, para a constituição do sistema único de saúde, partindo de uma proposta da presidência do Inamps/MPAS, em julho de 1987, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que tinha também como princípios básicos: a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária. De acordo com José Noronha (2004), secretário de Medicina Social do Inamps, à época:

O Suds é o estágio evolutivo das AIS. (...) eu tenho as estruturas do Inamps, as dos estados, as estruturas do Ministério da Educação e as das prefeituras. Eu tenho que criar uma estrutura de integração, a ferramenta mais clara disso foi a POI (Programação Orçamentária Integrada). [Nós teríamos, assim,] o orçamento da educação aplicado à saúde, do Inamps, e das secretarias estaduais e municipais, com um plano comum. É essa a idéia do Suds (...) a transferência de recursos do Inamps para os serviços do estado, mediante convênios. Não por prestação de serviços, mas em função de uma programação integrada. A gente procura fazer com que o superintendente do Inamps seja o secretário estadual de saúde. Caminharíamos para a integração dos serviços, com a responsabilidade das secretarias estaduais de saúde. A idéia é que os estados devam coordenar o processo de municipalização e que o MPAS e o MS sejam uma secretaria nacional de assistência à saúde, dentro de um Ministério de Seguridade Social.

Embora se discuta que o Suds teria significado a interrupção das AIS, deve-se dizer que a proposta de um sistema unificado e descentralizado tinha a pretensão de garantir a viabilidade de direcionar os recursos federais para os municípios, sem que estivesse explicitada uma política de municipalização. Pode-se dizer que o Suds foi norteadado pelo princípio de que os recursos federais deveriam efetivamente realizar o sonhado projeto do movimento sanitário de real acesso à atenção à saúde, por parte de toda a população. Ao mesmo tempo, pretendia-se garantir, ao máximo, que os recursos destinados à saúde não se dispersassem nem fossem apropriados para fins clientelísticos, eleitorais ou de capitalização de empresas ligadas à área da saúde:

Na verdade, o Hésio [Cordeiro], de uma forma muito hábil, muito política, foi desarticulando a existência do Inamps, porque o Suds dá de vez o poder ao secretário de Estado de Saúde, na medida em que ele passa a ser o gestor principal, quer dizer, o Hésio [Cordeiro] praticamente manteve a direção geral do Inamps como órgão regulador, controlador, com o controle e avaliação que não terminou, manteve o sistema AIH, generalizou o sistema AIH, e descentralizou, de fato. Então, o Inamps ficou reduzido à direção geral, que já não tinha mais superintendentes. Os superintendentes do Inamps, que tinham um poder político tremendo, na época anterior, passaram a ser

figuras decorativas, e quem passou a ter o poder foram os secretários estaduais de saúde. O Suds completa isso e é o que agrega mais das AIS, quer dizer, o Suds é mais estrutural que as AIS. (Jouval, 2004)

Não foi por acaso que se implantava o Suds, ao mesmo tempo em que se instalava a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS). O Suds se constituía numa estratégia-ponte para “a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços, enquanto se desenvolvessem os trabalhos da Constituinte e da elaboração da legislação ordinária para o setor” (Paim apud Cordeiro, 2004: 13-14). Criada por Portaria Ministerial MEC/MS/MPAS, n. 2/86, de 22 de agosto de 1986, a Comissão Nacional de Reforma Sanitária foi considerada, quanto aos seus objetivos e composição, insatisfatória pelo movimento sanitário.

Apesar de seu caráter fortemente institucional e bastante ambíguo em relação às expectativas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a CNRS foi capaz de elaborar uma proposta de conteúdo de saúde que subsidiou a Constituinte, além de um projeto para a nova Lei do SUS. Embora não consensual, pois combatida pelos representantes da iniciativa privada, que a consideravam radical, e criticada pelos representantes do movimento sindical, que a consideravam insuficiente, a proposta da CNRS para a Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Constituinte acabou aceita pelo movimento sanitário, por considerá-la consentânea com as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde. De qualquer forma, a área da saúde conseguiu chegar à Assembléia Nacional Constituinte com sua proposta discutida, legitimada e completa, do ponto de vista do ideário do movimento sanitário.

Em 1988, conclui-se o processo constituinte e é promulgada a oitava Constituição do Brasil. A chamada ‘Constituição Cidadã’ foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública. Em seu artigo 196, a saúde é descrita como um direito de todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Ao longo do ano de 1989, as negociações se concentraram em torno da lei complementar que daria bases operacionais à reforma. Tanto o II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, quanto o III Congresso Paulista de Saúde Pública, contribuíram com a discussão sobre metodologia e ações operacionais para o SUS. Em 1989, é realizada a primeira eleição direta para presidente da

República em quase trinta anos. Fernando Collor de Mello, candidato que reúne as forças conservadoras, toma posse em janeiro de 1990. Nesse período, os reformistas puderam contribuir efetivamente no projeto de formulação da Lei Orgânica da Saúde. Entretanto, a LOS 8.080, promulgada pelo governo Collor, sofreria uma grande quantidade de vetos. Foi nessa conjuntura que teria início a construção do SUS.

Referências bibliográficas

- AROUCA, S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Unesp/Fiocruz, 2003.
- CORDEIRO, H. *O Instituto de Medicina Social e a luta pela Reforma Sanitária: contribuição à história do SUS*. Conferência pronunciada no Instituto de Medicina Social, em 12 de agosto de 2004. (Mimeo.)
- ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- FELIPE, J. S. Depoimento oral. *Projeto Montes Claros*. DAD/COC, 1993.
- GARCÍA, J. C. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, E. D. (Org.). *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.
- JOUVAL, H. Depoimento oral. *SUS*. DAD/COC, 2004.
- MELLO, G. & CARRARA, D. *Saúde Oficial, Medicina Popular*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1982.
- MENDES, E. V. Depoimento oral. *Projeto Montes Claros*. DAD/COC, 1983.
- NORONHA, J. Depoimento oral. *SUS*. DAD/COC, 2004.
- RODRIGUEZ NETO, E. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- TAVARES, D. de F. Depoimento oral. *Projeto Montes Claros*. DAD/COC, 1993.
- TEIXEIRA, S. M. & OLIVEIRA, J. de A. *A (Im)Previdência social: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985.

3. AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DO SUS

Sarah Escorel
Renata Arruda de Bloch

Nos últimos sessenta anos (1941-2003), foram realizadas 12 Conferências Nacionais de Saúde (CNS) em contextos políticos diversos e cujas características em termos de composição, temário e deliberações foram muito diferentes entre si (ver Quadros 1 e 2, em Anexos). As primeiras sete conferências são apresentadas brevemente, como antecedentes da 8ª CNS, que constitui o marco de transformação desses fóruns. A análise restringe-se a cinco conferências – da 8ª à 12ª CNS –, o que é justificado pelo objetivo do artigo que pretende examinar o papel das CNS na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa concentrou-se em fontes documentais secundárias e em consultas a alguns dos atores participantes sem, no entanto, realizar entrevistas estruturadas.

Desde que foram instituídas, em 1937, as CNS sofreram profundas mudanças ao longo dos anos. Todas, com maior ou menor intensidade, interferiram nas políticas de saúde e no Sistema Nacional de Saúde. A 8ª CNS foi um marco significativo por alterar a composição dos delegados, incorporando a participação da sociedade civil organizada, configurando uma ‘nova institucionalidade’ das conferências ao se caracterizar como um fórum – o qual, mesmo sendo convocado pelo Executivo federal e destinado a dar respostas a essa instância governamental, passou a ter ‘vida própria’, tentando constituir-se em um ‘ente’ à parte, autônomo e independente.

Podem ser caracterizados cinco momentos das CNS a partir da periodização proposta por Sayd, Vieira Jr. e Velandia (1998), parcialmente modificada: 1ª a 2ª CNS – Sanitarismo Clássico (1941-1962); 3ª e 4ª CNS – Transição (1963-1974); 5ª a 7ª CNS – Modernização Conservadora e o Planejamento Estatal (1975-1985); 8ª e 9ª CNS – Reforma Sanitária (1986-1992); e 10ª a 12ª CNS – Consolidação do SUS (1996-2003).

O papel das Conferências Nacionais de Saúde

A Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937, que estabeleceu nova organização ao Ministério de Educação e Saúde, instituiu tanto a CNS quanto a Conferência Nacional de Educação, “destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde, realizadas em todo o país, e a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais”.

Em 27 de janeiro de 1941, o ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, em sua Exposição de Motivos (Brasil, 1941) ao presidente da República, Getúlio Vargas, para a convocação das primeiras Conferências Nacionais de Educação e de Saúde, assinalava serem “órgãos destinados a promover o permanente entendimento deste Ministério com os governos estaduais no terreno da administração dos negócios de sua competência”.

O papel atribuído às conferências quando de sua institucionalização foi o de promover o intercâmbio de informações e, por meio destas, propiciar ao governo federal o controle das ações realizadas no âmbito estadual a fim de regular o fluxo de recursos financeiros. Não há qualquer menção a processos deliberativos.

A Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 – que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, entre outras providências –, instituiu as conferências e os conselhos, em cada esfera de governo, como instâncias colegiadas do SUS, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo.

Na Lei n. 8.142/90 ficou estabelecido que a CNS seria realizada a cada quatro anos, “com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde”.

A composição dos participantes das CNS ficou vaga (“representação dos vários segmentos sociais”), em comparação à dos conselhos de Saúde, que foi determinada como “representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários”. Porém, a Lei n. 8.142 estabeleceu que tanto nos conselhos de Saúde quanto nas conferências “a representação dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos”.

A regulamentação foi muito mais específica em relação aos conselhos do que sobre as conferências. Dessa forma, a norma legal estabeleceu um fluxo decisório e operacional no qual as conferências propõem diretrizes para a formulação de políticas a partir da avaliação da situação de saúde, os conselhos formulam estratégias e controlam a execução das políticas e as instâncias executivas (Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de Saúde) implementam as políticas e homologam as deliberações dos conselhos. Os elementos que integram esse fluxo decisório guardam entre si importantes diferenças tanto no número quanto na sua representatividade.

“As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo Conselho” (Lei n. 8.142/90). Os regimentos das Conferências Nacionais de Saúde são aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde antes da sua realização e devem constar no Manual da Conferência, enquanto o regulamento é submetido à aprovação da própria conferência no seu primeiro momento de funcionamento após a cerimônia de abertura.

Além da regulamentação mais ampla, realizada na Lei n. 8.142/90, o Conselho Nacional de Saúde elaborou e aprovou três resoluções sobre “Diretrizes para Criação, Reformulação, Estruturação e Funcionamento dos Conselhos de Saúde”: a Resolução 33, de 23 de dezembro de 1992; a Resolução 319, de 7 de novembro de 2002; e a Resolução 333, de 4 de novembro de 2003 (Brasil, 1992, 2002, 2003).

As três resoluções dedicam-se, principalmente, aos conselhos de Saúde. A Resolução 33/92 estabelece entre as competências dos conselhos de Saúde “propor a convocação e estruturar a comissão organizadora das Conferências Estaduais e Municipais” e realizar “outras atribuições estabelecidas pela Lei Orgânica da Saúde e pela 9ª Conferência Nacional de Saúde”.

A Resolução 319/02 do Conselho Nacional de Saúde regulamenta, em sua terceira diretriz, que “o número de conselheiros será indicado pelos plenários dos Conselhos e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em Lei”. E, quanto à distribuição das vagas nos conselhos, corrobora as orientações da Resolução 33/92, “consoante às recomendações da 10ª e da 11ª Conferências Nacionais de Saúde” para manter da seguinte forma: 50% de entidades dos usuários, 25% de entidades dos trabalhadores de saúde e 25% de representação do governo, entidades ou instituições de prestadores de serviços públicos, filantrópicos e privados.

Ainda, a mesma Resolução 319/02 define como uma das competências dos conselhos de Saúde “discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde”.

Entre as poucas novidades que a Resolução 333/03 traz em seu texto no referente às conferências, está o parágrafo único da segunda diretriz “Da criação e Reformulação dos Conselhos de Saúde”, que estabelece: “Na criação e reformulação dos Conselhos de Saúde, o poder executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população, consubstanciadas nas conferências de saúde”.

Os itens da terceira diretriz, relativa à “Organização dos Conselhos de Saúde”, que mencionam as conferências, são os mesmos da resolução anterior (quanto ao número de conselheiros e à distribuição das vagas para os segmentos), assim como o item que estabelece o papel da 1ª Conferência Municipal de Saúde na criação e definição da composição do Conselho Municipal quando este não existir em determinado município e papel similar do Conselho Nacional de Saúde quando da criação de um novo estado da Federação.

A quinta diretriz, sobre as competências dos conselhos de Saúde, manteve a mesma redação no *caput* e no item III, mas introduziu um novo item que recupera e amplia atribuições contidas na Resolução 33/92, no qual cabe aos conselhos de Saúde:

estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde.

Como a regulamentação das conferências é, por um lado, escassa na legislação e nas resoluções, por outro lado, alude reiteradamente às deliberações das próprias conferências para consubstanciar o que seria o papel a ser desempenhado pelas instâncias de controle social, buscou-se nos Relatórios Finais da 8ª até a 12ª Conferências Nacionais de Saúde, como são referidas as conferências.

No relatório da 8ª CNS não consta qualquer menção às conferências. Já no da 9ª CNS, não só as conferências são bastante referidas como há um tópico (6.3) do tema “Controle Social” específico sobre as conferências de

Saúde. Entre as deliberações gerais, encontra-se o “fortalecimento das Conferências de Saúde enquanto fóruns fundamentais para o processo de decisão sobre políticas e ações de saúde em todos os níveis”; a “promoção da implantação efetiva do SUS, respeitando os princípios dos textos legais e deliberações das Conferências de Saúde”; e a crítica à “desvinculação dos Conselhos das Conferências de Saúde”.

O Relatório Final da 9ª CNS considera que as conferências de Saúde devem ser os fóruns para a definição das “regras para formação, funcionamento, mandato e mecanismo de escolha de representantes dos diferentes segmentos que integram o Conselho”. E, ainda mais, os delegados da 9ª CNS aprovaram que o regimento interno dos conselhos “deverá ser revisado na Conferência de Saúde”.

O tópico específico do Relatório Final da 9ª CNS sobre as conferências de Saúde define que estas “são foros deliberativos, fundamentais para a democratização do processo decisório e debate e difusão das melhores alternativas para a saúde do cidadão”, apresentando a seguir propostas que visam a assegurar as condições para o cumprimento desse objetivo.

Entre as propostas, estão: a garantia do caráter deliberativo das conferências por meio de lei específica; a obrigatoriedade de realização das conferências em todos os níveis com periodicidades diferenciadas – municipal, no máximo de dois em dois anos, estadual, de dois em dois anos, e nacional, de quatro em quatro anos; a possibilidade de que os respectivos conselhos convoquem, extraordinariamente, as conferências; a orientação de que a data da realização das conferências não coincida com o calendário eleitoral da instância respectiva; a exigência de que o poder público se responsabilize pela participação dos delegados nas conferências nos diversos níveis, de forma a assegurar a efetiva participação de todos; a limitação a 20% do total dos delegados representando as instituições federais e entidades de âmbito nacional, para que os delegados eleitos na etapa estadual constituam a maioria nas conferências; a elaboração de um documento (denominado ‘tese-guia’) baseado nos relatórios das etapas estaduais, a ser entregue aos delegados com antecedência mínima de trinta dias; e a divulgação dos resultados das conferências municipais e estaduais para os participantes das conferências nacionais.

Em comparação ao relatório anterior, o Relatório Final da 10ª CNS é muito sucinto na abordagem das conferências que são mencionadas para

exigir dos poderes legislativos o respeito às suas deliberações assim como às dos conselhos; quando trata da responsabilidade dos conselhos de Saúde em divulgar um conjunto de informações aos ministérios públicos federal e estadual, para que estes possam fiscalizar o seu cumprimento; e no fato de que as diretrizes traçadas pelas conferências e as deliberações dos conselhos de Saúde devem ser seguidas na promoção de maior autonomia administrativa dos distritos, unidades e serviços de saúde por parte dos gestores do SUS.

Os delegados da 10ª CNS reiteraram a diretriz de paridade da representação dos usuários nos conselhos e conferências, e sugeriram a constituição de fóruns ampliados para que, anualmente, em todas as esferas de governo, avaliassem “o processo de implantação do SUS, o cumprimento das deliberações das últimas Conferências e propor temáticas pertinentes para as próximas”.

O Relatório da 11ª CNS menciona várias vezes as conferências. Por vezes, são citadas como base da argumentação das propostas, geralmente reiterando que o assunto foi tratado nas conferências anteriores sem que objetivamente tenha sido implementado ou modificado.

As conferências e conselhos de Saúde são considerados nesse documento como instâncias de “fortalecimento do exercício da cidadania através do Controle Social da sociedade, em especial na área de saúde”, exigindo-se o respeito às suas decisões. No entanto, também são apontados problemas na elaboração dos “regimentos dos Conselhos e Conferências, que nem sempre são discutidos de forma democrática com os conselheiros”.

O fortalecimento dos conselhos e conferências será alcançado a partir de um:

amplo processo de mobilização popular para fazer cumprir as deliberações das instâncias de Controle Social do SUS, bem como estabelecer sanções e penalidades aos gestores públicos que, arbitrariamente, desacatarem a legislação do SUS e as deliberações dos Conselhos de Saúde, ou não respeitarem as diretrizes aprovadas nas Conferências Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. (...) Todo esforço para a efetivação das deliberações dos Conselhos, Conferências e o disposto na legislação do SUS deve ser envidado, superando o formalismo das leis que não são aplicadas e das decisões não implementadas, que desmoralizam as instituições encarregadas de preservá-las.

Atribui-se à CNS o papel de eleger as entidades para compor o Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes da 11ª CNS indicaram um variado conjunto de propostas para aperfeiçoar o funcionamento dos conselhos e conferências de Saúde. As CNS e suas etapas municipais e estaduais devem fazer parte de “um processo político-administrativo sistemático” no qual sejam “locais privilegiados de avaliação das políticas implementadas no período que as antecedeu, e de levantamento de tendências para a (re)formulação de novas políticas e programas”. As sugestões enfatizaram ser necessário “um modelo que resgate as deliberações tomadas em Conferências anteriores e a prestação de contas dos gestores em relação ao seu cumprimento”. Para tal, os delegados deveriam receber como material de trabalho o relatório da conferência anterior e os relatórios de gestão.

O Ministério Público é considerado como instância de grande importância para “cobrar que sejam implementadas as deliberações das Conferências de Saúde”. E, com esse objetivo, propõe-se “criar mecanismos de comunicação permanente entre os Conselhos de Saúde e o Ministério Público, incluindo reuniões conjuntas, informar ao MP as deliberações das conferências e levar regularmente ao seu conhecimento as deliberações dos Conselhos de Saúde”. No entanto, observa-se que o Ministério Público está “atrelado ao poder instituído, ao Executivo”, (...) “manifestos em uma postura de convivência com os problemas da Saúde. Faz vistas grossas à qualidade do Sistema, à não implementação de políticas e deliberações das conferências”.

Também há uma proposta no sentido de “garantir que a Conferência Nacional de Saúde construa e aprove as diretrizes de um Plano Nacional de Saúde, que estabeleça estratégias e metas em Saúde para o País”. E, novamente, foi reiterada a importância de cumprir a paridade dos delegados representantes dos usuários em relação ao total dos delegados “em atendimento às resoluções do Conselho Nacional de Saúde e às deliberações das Conferências anteriores”. O relatório da 11ª CNS sugere ainda institucionalizar e “divulgar com antecipação as Conferências de Saúde, inclusive entre as cidades do interior, para garantir maior participação”.

No Relatório Final da 12ª CNS, foram propostos: o rompimento das práticas de políticas setoriais isoladas, garantindo a construção de agendas intersetoriais baseadas nas diretrizes das Conferências Nacionais (da Assistência Social, da Saúde, da Educação, da Cultura, do Meio Ambiente, das Cidades e outras) e desenvolvendo ações conjuntas; a realização da Conferência Intersetorial Nacional, na qual a participação social ocorra nos mol-

des da CNS; a promoção da educação popular em saúde por meio da divulgação de um conjunto de informações, entre os quais os conselhos de Saúde, conselhos gestores e conferências como instâncias do controle social do SUS; a garantia do cumprimento das deliberações das conferências de Saúde por parte dos gestores, inclusive com punição pelo Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde para os gestores que não observarem essa diretriz; a manutenção da periodicidade da CNS a cada quatro anos; a garantia do financiamento dos delegados estaduais e municipais eleitos pelas três esferas de governo, de forma a viabilizar a participação digna nas CNS, definindo critérios de pagamento de passagens aéreas ou terrestres, conforme a distância, e competências de cada esfera de governo; a garantia de que as CNS sejam precedidas por pré-conferências; a divulgação permanente para a população de informações e decisões dos conselhos e das conferências de Saúde; e a garantia do acesso da população a diversas informações, entre as quais os resultados das conferências em todas as esferas de governo.

Exceto no que se refere à intersetorialidade, os demais aspectos já haviam sido objetos de deliberações nas conferências anteriores, sugerindo a possibilidade de que não tenham sido implementadas.

Antes do SUS

SANITARISMO CLÁSSICO (1941-1962): 1ª E 2ª CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE

As duas primeiras conferências, em 1941 e 1950, trataram de firmar um campo institucional próprio ao sanitário (Gadelha e Martins, 1988) e estiveram mais próximas de um encontro técnico de administradores do Ministério da Saúde e dos estados (Cesaltina, 2003), no qual o projeto de Estado para a saúde ancorava-se, em grande parte, nos pontos de vista dos setores médicos:

Nos aspectos relativos à saúde, o período está marcado pelo modelo das ‘campanhas sanitárias’, caracterizado pelo combate às grandes epidemias; pela concentração das decisões, em geral tecnocráticas, e pelo estilo repressivo da intervenção médica nos corpos individual e social. As primeiras conferências tiveram como referência principal os Congressos Brasileiros de Higiene, marcados pela idéia de polícia pública e privada, que se desenvolveram no País a partir de 1924. (Sayd, Vieira Jr. e Velandia, 1998: 169-70)

A 1ª CNS, realizada entre 10 e 15 de novembro de 1941 no Rio de Janeiro, capital do país, debateu “assuntos relacionados à organização sanitária estadual e municipal, à ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a tuberculose e a hanseníase, ao desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e das atividades de proteção ao grupo materno-infantil” (Sayd, Vieira Jr. e Velandia, 1998: 170).

A 2ª CNS, realizada somente nove anos depois, em novembro de 1950, concentrou as discussões nas condições de higiene e de segurança no trabalho, na prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes, e na temática da malária. Tinha a preocupação de levar às autoridades superiores os “pontos de vista dominantes entre os sanitaristas do País” para “maior uniformidade à resolução dos problemas brasileiros” (Sayd, Vieira Jr. e Velandia, 1998: 170). Os Anais dessas conferências não foram publicados na íntegra.

TRANSIÇÃO (1963-1974): 3ª E 4ª CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE

Este período considerado como de transição engloba a CNS mais politizada (3ª) e a única CNS que tratou de um tema específico (4ª). Treze anos após a realização da 2ª CNS, ocorreu em dezembro de 1963 a 3ª CNS, sob a gestão do ministro Wilson Fadul, no governo de João Goulart, época das reformas de base. A 3ª CNS, cuja comissão organizadora tinha como principal integrante Mário Magalhães da Silveira, objetivava – segundo seu regimento – examinar a “situação sanitária nacional e aprovar programas de saúde que, se ajustando às necessidades e possibilidades do povo brasileiro, concorram para o desenvolvimento econômico do País”. Foram quatro os temas oficiais da 3ª CNS: situação sanitária da população brasileira; distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; municipalização dos serviços de saúde e fixação de um Plano Nacional de Saúde (Conferência Nacional de Saúde, 1991).

Tal conferência realizou-se em um momento político de intensa discussão sobre os rumos do país, com posições extremamente polarizadas em torno de modelos de ‘esquerda’ e ‘direita’ para o desenvolvimento social e econômico e no qual o governo federal encontrava-se disposto a partilhar as decisões de forma aberta, o que era algo extremamente inovador no Estado

brasileiro. A 3ª CNS teria sido a prima precoce abortada da 8ª CNS (Gadelha e Martins, 1988) e foi citada e revisada à época das discussões em torno da Reforma Sanitária (1985-1986) por seu cunho municipalista e descentralizante (Sayd, Vieira Jr. e Velandia, 1998).

Com a instauração da ditadura militar, em 1964, as conferências passaram a ter novamente caráter técnico. A 4ª CNS realizou-se de 30 de agosto a 4 de setembro de 1967, presidida pelo ministro Leonel Miranda, “representante dos interesses da mercantilização dos cuidados à saúde, e teve seu teorário esvaziado, tratando setorialmente dos recursos humanos” (Gadelha e Martins, 1988: 79). Além da discussão sobre a formação de recursos humanos para as atividades do setor, tratou também do combate agressivo à malária (Cesaltina, 2003).

Esta conferência estruturou-se em comissões de trabalho que abordaram fundamentalmente quatro tópicos: o profissional da saúde de que o Brasil necessita; pessoal de nível médio e auxiliar; responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e no aperfeiçoamento dos profissionais da saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar; e responsabilidades das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde. “Foi, portanto, quase inteiramente dedicada ao planejamento de recursos humanos” (Sayd, Vieira Jr. e Velandia, 1998: 174).

A MODERNIZAÇÃO CONSERVADORA E O PLANEJAMENTO EESTATAL (1975-1985): 5ª A 7ª CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE

A 5ª CNS, realizada de 5 a 8 de agosto de 1975, em Brasília, iniciou um ciclo regular de conferências com intervalos de dois anos até 1979. “Os resultados desse último grupo de conferências já passavam a fazer parte das propostas formuladas pela oposição organizada, representada notadamente pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), sindicatos dominados pela renovação médica (Reme) e núcleos acadêmicos de Medicina Social” (Gadelha e Martins, 1988: 79).

O tema central da 5ª CNS foi o Sistema Nacional de Saúde, cuja lei tinha sido recentemente promulgada (Lei n. 6.229, de 17 de julho de 1975). A conferência visava à elaboração de uma política nacional de saúde para ser submetida ao Conselho do Desenvolvimento Social e discutiu também os

seguintes temas: Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil; Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; Programa de Controle das Grandes Endemias; e a extensão das ações de saúde às populações rurais (Escorel, 1999; Sayd, Vieira Jr. e Velandia, 1998).

Na solenidade de abertura, o ministro da Saúde, Paulo Almeida Machado, considerou que a descentralização já dava seus primeiros passos com a criação das coordenadorias regionais de saúde.

Enquanto a 4ª CNS contava com alguns representantes do Ministério da Educação e Cultura, na 5ª CNS participaram também representantes do recém-criado Ministério da Previdência e Assistência Social. “A situação, criada ao longo dos ‘anos de chumbo’ – quando nada podia ser discutido –, de corrupção e desperdício na saúde previdenciária (Oliveira e Teixeira, 1986), demandava controle e racionalização” (Sayd, Vieira Jr. e Velandia, 1998: 179).

A 5ª CNS foi utilizada para legitimar, dentro de uma base restrita de técnicos, profissionais e funcionários das instituições – particularmente do ministério e das secretarias de Saúde –, a dicotomia legalizada da atenção à saúde no país. Mas, por outro lado, teve o efeito de legitimar, em uma base suficiente e necessária, as propostas que envolviam a atenção à saúde das populações marginais, que previam a participação dessas populações (Escorel, 1999).

“Durante a 5ª Conferência consagrou-se a tese de ‘medicina simplificada’ (...) e foi aprovada a tese da ‘participação da população’ para assegurar maior sucesso às ações integradas” (Ramos, 1986: 96). A partir da 5ª CNS, o Ministério da Saúde procurou implementar programas de extensão de cobertura, preocupado basicamente com as áreas rurais e os seus programas tradicionais, como imunizações, vigilância epidemiológica e assistência materno-infantil. O exemplo maior dos programas de extensão de cobertura implementados nesse período foi o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass) (Escorel, 1999).

Em 1977, realizou-se a 6ª CNS, de 1 a 5 de agosto, que discutiu a situação das grandes endemias, a operacionalização das novas leis básicas aprovadas pelo governo federal no campo da saúde, a interiorização dos serviços de saúde e a política nacional do setor.

Esta conferência:

ocorreu já em regime de franca abertura política e de grave déficit na Previdência. A retórica do planejamento rígido, por metas estritamente técnicas, não é mais possível: o próprio Presidente Geisel, no discurso de abertura, propõe a integração de diferentes correntes de opinião sob o denominador comum que é o bem-estar do povo brasileiro. (Sayd, Vieira Jr. e Velandia, 1998: 181)

A tentativa de regulamentação do Sistema Nacional de Saúde ensejou debates acalorados. O modelo proposto pelo Ministério da Saúde foi intensamente criticado pelo secretário de Saúde Ubaldo Dantas, por Sólon Magalhães Viana, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Luis Felipe Moreira Lima, do PLUS/Inps-Seplan/Ipea, Nildo Aguiar e Gentile de Mello.¹ Esse grupo lançou um documento criticando o modelo apresentado por Azevedo, assessor do Ministério da Saúde, e o conflito atingiu o clímax quando o relator da conferência negou-se a incluir alguns tópicos no documento final (Escorel, 1999).

A 7ª CNS, realizada entre 24 e 28 de março de 1980, durante o governo de João Figueiredo, teve como tema central a “Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos”, com a finalidade de promover o debate de temas relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que pretendia realizar uma reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, incluindo as áreas de saneamento e habitação (Sayd, Vieira Jr. e Velandia, 1998). Pela primeira vez, a atenção básica foi o centro das discussões.

Os debates da 7ª CNS envolveram os seguintes temas específicos: regionalização e organização de serviços de saúde nas unidades federadas; responsabilidade e articulação interinstitucional (federal, estadual e municipal); saneamento e habitação nos serviços básicos de saúde – o Plano Nacional de Saneamento (Planasa) e o saneamento simplificado; desenvolvimento de recursos humanos; supervisão e educação continuada; alimentação e nutrição; saúde mental e doenças crônico-degenerativas; odontologia; informação e vigilância epidemiológicas; os serviços básicos de saúde e as comunidades; e a articulação dos serviços básicos com os serviços especializados no sistema de saúde (Sayd, Vieira Jr. e Velandia, 1998).

¹ Depoimento concedido por Luis Felipe Moreira Lima a Sarah Escorel, em entrevista realizada em 1986.

A 7ª CNS foi realizada num momento em que o movimento sanitário havia se articulado em torno de um pensamento e de uma proposta de transformação do setor saúde. Em outubro de 1979, o Cebes apresentou no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, organizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o documento intitulado “A Questão Democrática na Área de Saúde”, lido por seu presidente, Sergio Arouca, adotado em todos os grupos de trabalho como documento oficial e incorporado no relatório final (Escorel, 1999).

Como consequência, apesar de os participantes e oradores, em geral, terem sido figuras ausentes nos fóruns anteriores, agora “houve discursos de profissionais de enfermagem e de representantes do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro” (Sayd, Vieira Jr. e Velandia, 1998: 186).

Conferências e Conselhos de Saúde: inovação institucional participativa

As Conferências de Saúde, a partir da 8ª CNS e, formalmente, a partir da Lei n. 8.142/90, constituem parte do processo de Reforma Sanitária, arcabouço legal, político e ideológico construído coletivamente pelo movimento sanitário ao longo das décadas anteriores.

A institucionalização do direito à saúde (...) criou formas de co-gestão social, nas quais a sociedade organizada passou a ter presença em um Executivo que se transformava. Este novo modelo de Estado, em muitos aspectos se contradiz com a democracia representativa, ao criar formas setoriais de representação diretamente no Executivo, poder que se fortalece diante da representação tradicional. (Fleury, 1997: 36)

A partir da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), conselhos e conferências constituíram um “formidável sistema nacional de órgãos colegiados” (Carvalho, 1997: 93), que institucionalizaram a participação da sociedade civil no processo de formação das políticas de saúde, numa ‘co-gestão social’ que se processa no interior do aparelho do Estado. Dessa maneira, expressam a “democratização do acesso ao poder” (Carvalho, 1997: 93), constituindo arenas permanentes e temporárias, porém regulares, que possibilitariam a apresentação, a defesa e o debate dos diversos atores sociais com representação setorial.

As conferências e os conselhos de saúde materializam e qualificam o princípio e o valor da democracia no projeto da Reforma Sanitária e, portanto, integram um mesmo campo de análise. Há muitos estudos sobre os conselhos, mas poucos sobre as conferências. Mesmo considerando as diferenças existentes entre esses fóruns, não é possível analisar as conferências sem mencionar os conselhos, nem tampouco usar diferentes referenciais teóricos na medida em que constituem dois aspectos de um mesmo princípio.² Mas é necessário refletir e diferenciar as análises feitas para os conselhos (fóruns permanentes e com atribuições definidas e sistematicamente ampliadas) daquelas realizadas para compreender as conferências (fóruns pontuais, com atribuições pouco claras e cujos resultados são sistematicamente desconsiderados).

Conselhos, e também conferências, são fóruns nos quais identificam-se alterações no:

padrão de recepção e processamento de demandas na área de saúde, no sentido de seu alargamento (...). Os Conselhos representam, assim, um processo potencialmente alternativo às práticas clientelistas, na medida em que ‘publicizam’ e tecnicizam o processamento das demandas no interior do Estado, nos marcos de um pacto democrático (...) em escala nacional, por força da descentralização. (Carvalho, 1997: 99)

Portanto, para analisar tanto os conselhos quanto as conferências, é necessário utilizar o conceito de espaço público e verificar em que medida pode-se afirmar que esses fóruns constituem espaços em que os atores livres de constrangimentos, e apenas com a força de seus argumentos, deliberam a respeito de assuntos em comum.

Assim pensados, os Conselhos de Saúde são instâncias públicas de formação de opinião e vontade política, muito mais do que instrumentos do governo ou da sociedade. Atuam na tematização da agenda pública, muito mais do que na sua execução, na medida em que concedem ou negam a chancela de ‘interesse público’ às demandas e interesses específicos ali apresentados. (Carvalho, 1997: 105)

² Perfil dos delegados da 12ª CNS realizado pela Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde (SGP/MS) indicou que eram atuantes em conselhos, principalmente municipais. A maioria (70%) participava de algum Conselho de Saúde (Nacional, Estadual ou Municipal). Destes, 58% eram conselheiros municipais de Saúde; 25%, conselheiros estaduais de Saúde; e cerca de 2% dos delegados, conselheiros nacionais de Saúde (Costa, 2004).

As conferências em si não podem ser consideradas inovações, dada a sua antiguidade, mas sua composição e representatividade a partir da 8ª CNS – e, em particular, após a Constituição e a 9ª CNS – introduziram aspectos inovadores na formulação das políticas.

O papel das Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS

8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (1986): A SAÚDE É DIREITO DE TODOS

E DEVER DO ESTADO

A 8ª CNS inaugura, sem base legal, um processo de participação da sociedade civil nas deliberações sobre a política de saúde, que será ampliado, aprimorado e regulamentado nas conferências posteriores. Embora tenha sido realizada antes da existência do SUS, o Relatório Final da 8ª CNS constituiu o pilar fundamental da proposta da Reforma Sanitária e do SUS, debatido e aperfeiçoado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que elaborou o texto que seria incorporado como o capítulo da Saúde na Constituição Federal de 1988.

O principal evento institucional durante o período da chamada Nova República foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, em 1986, reunindo cerca de quatro mil pessoas para discutir a Reforma Sanitária a ser implantada pelo governo (...) enorme conagração – ou mesmo confronto – de opiniões, realizado a partir da convocação de setores sociais até então marginalizados da elaboração e tomada de decisões da política de saúde, como sindicatos e organizações comunitárias de trabalhadores em todo o Brasil. (Luz, 1994: 138-143)

A 8ª CNS foi convocada por três ministérios – da Saúde, da Previdência e Assistência Social e da Educação –, mesmo que formalmente tenha sido apenas o ministro da Saúde a assinar a convocação. A composição da comissão organizadora refletiu essa articulação interministerial.³

³ Depoimento concedido por Arlindo Fábio Gómez Sousa a Sarah Escorel, em 2004. Sergio Arouca, Fiocruz (presidente); Francisco Xavier Beduschi, Inamps/RS (vice-presidente); Guilherme Rodrigues da Silva, USP (relator geral); Otávio Clementino de Albuquerque, Sudene/PE (secretário); Edmilson Francisco dos Reis Duarte, MEC (secretário adjunto); e Maria Salete de Lima (tesoureira).

O processo de preparação da 8ª CNS foi desencadeado através do estímulo e apoio à realização das pré-conferências estaduais e da ampla divulgação do temário para a discussão na sociedade em geral. Todos os estados realizaram pré-conferências, sendo que alguns tiveram conferências municipais antes do evento estadual (Minas Gerais, Paraná, Sergipe e Pará). Os delegados que participaram da conferência haviam sido escolhidos e/ou indicados pelas instituições, organizações e entidades como seus representantes segundo critérios definidos internamente por elas mesmas (Radis, 1986).

A organização da conferência havia previsto que os trabalhos de grupo dos delegados aconteceriam separadamente dos participantes e estes teriam direito à voz em plenário, mas apenas os delegados votariam. A decisão aprovada, em função da reivindicação dos participantes, foi que estes também se reuniram em grupos, apresentariam seus relatórios e uma comissão constituída por relatores dos dois grandes grupos compatibilizaria o relatório final a ser aprovado em plenário. O Relatório Final da 8ª CNS, portanto, contém as propostas que resultaram da discussão de todas as pessoas presentes na conferência, delegados ou não (Radis, 1986).

Sobre esse aspecto, Sonia Fleury deu o seguinte depoimento em 1986:

O importante no processo da 8ª. Conferência, um processo ainda não terminado, é a forma como ela foi conduzida. Por exemplo: a escolha do temário, que refletia as aspirações democráticas do momento. (...) Além do temário e sua discussão, a forma de organização, a realização das pré-conferências, o envolvimento de setores organizados da sociedade também foram muito importantes. É a primeira vez que tal Conferência deixa de ser um encontro estritamente técnico, que põe de lado a ênfase na burocracia do Estado e na intelectualidade, para incorporar o pensamento de outros setores da sociedade. Penso que ela enfrentou bem a questão da democracia e com isso aprendi muita coisa: fundamentalmente que a democracia não é evitar conflitos, é conviver com eles. Eu mesma tinha uma posição muito contrária à organização da Conferência quando se colocavam grupos de pessoas delegadas e grupos de pessoas não delegadas participando simultaneamente, e achava que tal procedimento criava um grande complicador que deveria ser evitado. Depois da Conferência vejo que foi bom não ter evitado, abriu a possibilidade de participação de outras pessoas. Houve conflito, é claro, mas foi muito bem trabalhado na Conferência. Nesse sentido, o processo democrático foi o mais importante na Oitava. (Fleury apud Radis, 1986; 13)

A comissão organizadora da 8ª CNS, presidida por Sergio Arouca, encomendou vários documentos a técnicos e intelectuais para que servissem de subsídio e trouxessem informações à discussão (Radis, 1986).

Várias propostas e resultados de discussões do temário sugerido foram levados à conferência por instituições e organizações da sociedade civil, destacando-se o documento “Pelo Direito Universal à Saúde”, elaborado pela Abrasco. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) publicou um número da revista *Saúde em Debate* contendo todos os documentos originados das reuniões realizadas desde 1984. Os relatórios das pré-conferências estaduais foram também apresentados como subsídio ao debate.

O documento levado para aprovação em plenária consistiu do relato consolidado das discussões havidas durante três dias, nos 135 grupos de trabalho (38 de delegados e 97 de participantes), onde foram discutidos os temas: saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial (Brasil, 1987).

A discussão dos caminhos e diretrizes propostos na 8ª CNS continuou ao longo de 1987 e 1988, envolvendo diversos grupos ‘de esquerda’ (trabalhistas, comunistas, socialistas) contra conservadores neoliberais:

as divergências eram nítidas, não apenas entre esses grandes setores de base mas também entre os grupos de esquerda, que competiram muitas vezes por posições e situações de controle dentro do aparelho de Estado, numa aparente ‘guerra de posições’ autofágica sempre em nome de projetos ou princípios discordantes. (Luz, 1994: 138)

A 8ª CNS foi a grande matriz da Reforma Sanitária, sendo um de seus resultados práticos a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e a inclusão dos princípios fundamentais da Reforma Sanitária proposta pela conferência na nova Constituição brasileira. Sobre esse aspecto, Arlindo Fábio Gómez de Sousa, na mesa-redonda “SUS: Revendo a Trajetória”, realizada na 11ª CNS, deu o seguinte depoimento:

A Comissão [Nacional da Reforma Sanitária] foi uma consequência da Oitava [Conferência Nacional de Saúde]. Ela foi criada para dar continuidade e concretude às deliberações da conferência. Buscou-se criar um fórum que colocasse em ação o que fosse necessário para implementar as decisões da Oitava. Mas o ensinamento que pode-

mos tirar dela é que o processo político é mais complexo, mais demorado, exige maior negociação, pactuação, maior identificação dos atores e compromissos dos atores envolvidos no processo. (Souza apud Radis, 2001: 6)

Na mesma ocasião, a análise de Sergio Arouca foi:

A saúde enquanto projeto pode ser demarcada antes e depois da Oitava, onde novamente discutimos o valor da participação da população, o valor do controle social, o valor da democracia direta e da luta pela redemocratização do País. Mostrávamos que tão fundamental quanto a democracia representativa era a democracia direta. (...) A saúde rompeu, ainda, com o muro da vergonha que separava medicina preventiva da assistência médica, que colocava de forma fraturada a medicina curativa da preventiva. (Arouca apud Radis, 2001: 5).

A legitimidade da 8ª CNS e da CNRS, segundo Arlindo Fábio Gómez de Sousa, se expressa em dois momentos:

Na própria Oitava, com a presença do Presidente da República, no início do processo de redemocratização do País, quando ele abre a Conferência dizendo que considerava a Oitava como uma pré-constituente da saúde, reconhecendo a legalidade e a legitimidade do que ali está colocado. Na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembléia Nacional Constituinte, ao entregarmos o relatório da Oitava, os membros que a compunham nos disseram que o reconhecimento da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, embasada na legitimidade e representatividade da Oitava, impunha que eles assumissem o compromisso de aprovação do texto que estava sendo entregue. (Sousa apud Radis, 2001: 6)

Após a 8ª CNS, foram realizadas várias conferências nacionais que, sob a orientação geral do relatório final desta conferência, congregaram delegados para debater temas específicos: Saúde do Consumidor (de 4 a 8 de agosto de 1986), Saúde Bucal (1ª, de 10 a 12 de outubro de 1986), Saúde e Direitos da Mulher (de 10 a 13 de outubro de 1986), Recursos Humanos para a Saúde (de 13 a 17 de outubro de 1986), Saúde Indígena (1ª, de 26 a 29 de novembro de 1986), Saúde do Trabalhador (1ª, de 1 a 5 de dezembro de 1986) e Saúde Mental (1ª, de 25 a 28 de junho de 1987).⁴

⁴ Antes destas conferências específicas, há o registro apenas da Conferência Nacional para Avaliação da Política de Controle da Hanseníase, realizada em 24 e 25 de março de 1976.

9ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (1992): A MUNICIPALIZAÇÃO É O CAMINHO

A 9ª CNS deveria ser realizada em princípio de 1990, mas só ocorreu, depois de vários adiamentos, em agosto de 1992. “Esse intervalo de seis anos entre elas possui significação política, sinalizando a entrada em cena do governo Collor em 1990” (Luz, 1994: 132).

O processo que antecedeu a etapa nacional foi tortuoso e conflitivo. A gestão Alcení Guerra pouco se empenhou e, na verdade, fez o possível para que a 9ª não fosse realizada. Aquela administração, que no discurso defendia a implantação do SUS mas que na prática manteve a centralização do Sistema e enriqueceu os bolsos particulares com os recursos públicos, não queria enfrentar uma discussão democrática e a crítica popular. (Cebes, 1992: 4)

Reivindicada intensamente por todas as forças políticas ligadas à Reforma Sanitária, a 9ª CNS foi sendo postergada pelo governo Collor.

Este, sabedor dos avanços que essa conferência poderia representar no sentido de universalização do direito à saúde, e da inevitável ‘cobrança’ por mais verbas para o setor, pela recuperação da rede pública de serviços de atenção médica, pelo efetivo controle do Estado sobre os convênios com a rede privada e pela transparência de decisões quanto às políticas de saúde, evitou o quanto pôde a realização desta conferência. Foi somente próximo da votação do *impeachment*, quando Collor sentia-se já sem força política, que cedeu às pressões e deu o sinal verde para a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde, em agosto de 1992. (Luz, 1994: 144)

O novo ministro da Saúde, Adib Jatene, ao tomar posse, comprometeu-se com a realização da 9ª CNS e com o pleno funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, mas os conflitos entre sua equipe e a comissão organizadora,⁵ conforme documento do Cebes (1992), não foram poucos:

Várias tentativas foram feitas de modificar o Regimento visando retirar ou diminuir o comando e o controle do evento da Comissão Orga-

⁵ José Eri Osório de Medeiros, presidente do Conasems (coordenador geral); Mauro Daisson Otero Goulart (coordenador adjunto); Amaro Luiz Alves, MS (secretário); Erasmo Ferreira da Silva, MS (assessor de orçamento e finanças); Jurema Malcher Fonseca, MS (assessora adjunta de orçamento e finanças); Arlindo Fábio Gómez de Sousa, Abrasco (relator geral); Jorge Antonio Zepeda Bermudez, Fiocruz (relator adjunto); e Maria Elizabeth Diniz Barros, Abrasco/Ipea (relatora associada).

nizadora. Essas tentativas, ao nosso ver, objetivavam questionar a composição da 9ª CNS, em particular a determinação de 50% dos usuários, buscando retomar o caráter técnico-profissional que caracterizou as Conferências de Saúde anteriores à 8ª. (Cebes, 1992: 4)

Entretanto, as estratégias de esvaziar as discussões e de retomar um caráter puramente técnico da conferência não tiveram êxito, o que pôde ser evidenciado pelo clima de mobilização e reivindicação observados na própria cerimônia de abertura. Os prestadores privados, assim como ocorrera na 8ª CNS, não participaram nos grupos de trabalho e na plenária final, embora estivessem presentes nos painéis gerais e em alguns específicos.

O Ministério da Saúde, como um todo, não apresentou um documento de análise da Política Nacional de Saúde, ficando as contribuições apenas a cargo de seus órgãos isolados (...). A atual gestão do MS não apresenta nenhum projeto e nenhuma ação que demonstre seu compromisso com a necessária reformulação do papel do nível federal e com a urgente reestruturação interna do MS; pelo contrário, mantém-se a prática tradicional do Inamps, a centralização dos recursos, a soberania na determinação das normas e parâmetros e a exclusividade do controle da prestação de contas. Fora o discurso de ‘descentralizar lenta e cautelosamente’, o MS apresentou-se na 9ª CNS sem projeto, sem diretrizes claras e sem realizações que pudessem revelar um eixo descentralizante em sua atuação. (Cebes, 1992: 5)

Assim como na 8ª CNS, que estabeleceu a inédita dinâmica das conferências de saúde, a 9ª CNS foi precedida por discussões dos temas e eleições de delegados municipais e estaduais, com direito a votar as decisões e moções a serem incluídas no relatório final (Luz, 1994). Na 9ª CNS, este processo compreendeu várias etapas, iniciando pela “discussão e debate em mais de 50% dos quase 5.000 municípios do país, na etapa municipal, onde foram avaliadas e de onde resultaram conclusões e propostas. Na seqüência, o mesmo foi feito em todos os Estados e Distrito Federal, na etapa estadual” (Brasil, 1993).

Em comparação à 8ª CNS, observou-se na 9ª CNS um maior nível de participação na esfera municipal, já que na anterior esta havia se concentrado mais nos âmbitos estadual e regional.

A etapa nacional da 9ª CNS constituiu-se numa semana inteira de trabalho árduo. Uma mesa redonda, na abertura do evento, analisou o processo das etapas municipais e estaduais, apontando as linhas gerais

do pensamento do País a respeito do SUS. Na seqüência, ocorreram cinco Conferências Magnas, quatro Painéis Gerais, abordando os temas centrais da 9ª CNS e 33 Painéis Específicos, abordando temáticas relevantes e abrangentes. Além dessas apresentações, os trabalhos da 9ª CNS valeram-se da posição oficial de numerosas entidades, consubstanciadas em dezenas de documentos especiais, amplamente distribuídos e discutidos por todos. Os delegados e participantes credenciados foram distribuídos em 102 Grupos de Trabalho que discutiram os temas centrais da 9ª CNS: Sociedade, Governo e Saúde; Seguridade Social; Implementação do SUS; Controle Social. (Brasil, 1993)

Apesar da riqueza dos debates, houve também a crítica em relação à linguagem excessivamente técnica das discussões e do ‘fosso cultural’ entre os participantes, segundo análise de Madel Luz:

A linguagem, por vezes excessivamente técnica dos painéis, conferências, mesas-redondas e das próprias comunicações escritas entregues nas pastas aos participantes, não contribuiu em nada para diminuir o verdadeiro fosso cultural existente entre tecnocratas, dos quais alguns foram organizadores do evento, profissionais qualificados que a ele compareceram na condição de relatores, convidados ou delegados, e a grande massa dos delegados eleitos. Estes representavam, em sua maioria, os usuários dos municípios maiores ou menores, mais próximos ou mais recônditos do Brasil, com um nível de desconhecimento sócio-cultural profundamente heterogêneo, expressão mesma da heterogeneidade do país. (...) Esse fosso cultural materializou-se nas discussões dos grupos, dos quais participaram, em proporção desigual, universitários, profissionais da rede de serviço (com destaque para os médicos), tecnocratas, sindicalistas e militantes das organizações populares representando usuários de serviços, com predominância, em muitos grupos, destes últimos. (Luz, 1994: 148)

Para subsidiar as discussões, foram elaborados os *Cadernos da Nona*, compostos por textos de diversos autores sobre os temas a serem discutidos, que foram distribuídos nas pastas dos participantes. Entretanto, outra crítica apontada por Madel Luz (1994) foi a de que, apesar de sua boa qualidade técnica e acadêmica, estes não foram consultados ou citados nas reuniões.

Entre a 9ª e a 10ª CNS, foram realizadas as seguintes conferências nacionais específicas: Saúde Mental (2ª, de 1 a 4 de dezembro de 1992), Saúde Bucal (2ª, de 25 a 27 de setembro de 1993), Saúde do Trabalhador (2ª, de 13 a 16 de março de 1994) e Ciência e Tecnologia em Saúde (1ª, de 24 a 28 de outubro de 1994).

O desdobramento mais significativo da 9ª CNS foi a elaboração da Norma Operacional Básica 01/93 (NOB 93). Esta norma, a primeira de uma sequência de regulamentações da implementação do SUS, rompeu com a lógica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que ainda prevalecia no interior do Ministério da Saúde, e iniciou um processo de descentralização com o fortalecimento da esfera municipal de governo.

10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (1996): FINANCIAMENTO, MODELO ASSISTENCIAL E CONTROLE SOCIAL

A 10ª CNS, ao contrário da 8ª CNS, que foi propositiva em relação ao modelo de sistema a ser implementado, e da 9ª CNS, que cobrou a implantação do SUS, a descentralização e a municipalização da saúde, foi marcada pela necessidade de avaliação do sistema implantado e a busca de seu aprimoramento. Especial ênfase foi dada aos mecanismos de financiamento, principal empecilho identificado para a consolidação e fortalecimento do SUS em todo o Brasil (Fiocruz, 2004).

A 10ª CNS foi realizada num momento em que o SUS atravessava gravíssima restrição orçamentária, dificultando a melhoria de atendimento que havia sido prometida pelo novo sistema. O ministro da Saúde, Adib Jatene, concentrava suas propostas na criação de um imposto específico para a área da Saúde, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Os titulares da área econômica e de outros ministérios do governo federal não estiveram presentes.

A plenária da 10ª CNS exigiu o respeito do governo ao caráter deliberativo da conferência e, portanto, a implementação de suas resoluções, conforme o seguinte trecho da Carta da 10ª CNS:

Tendo como pano de fundo a necessidade da intensa mobilização e participação popular e a expressão combativa dos participantes na 10ª Conferência Nacional de Saúde, fica reafirmado como decisivo o caráter deliberativo intangível desta Conferência. Fica assim obrigado o governo ao referendo e implementação das suas resoluções, que terão consequência prática na medida em que haja um efetivo compromisso dos gestores em todos os níveis e o controle social exercido. (Brasil, 1998: 14)

A 10ª CNS foi precedida pela organização de cerca de cinco mil conferências municipais e estaduais em todos os estados da Federação. “A mobilização que elas provocaram pode ser atestada pelo processo de escolha de delegados, cercado, muitas vezes, de disputas acirradas entre diferentes entidades, buscando garantir a presença de seus representantes no evento” (Cortes, 2000: 30).

Esse fenômeno de organização e participação, quer pela sua representatividade, quer pela mobilização ascendente de Municípios, Estados e Distrito Federal e União, é aceito e reconhecido como uma das maiores expressões do exercício de democracia de um setor, no caso a saúde, não somente no país, mas também fora dele. (Brasil, 1998: 11)

Sobre a comissão organizadora da 10ª CNS,⁶ Nelson Rodrigues dos Santos, na ocasião professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e que, seis meses após a 10ª CNS, assumiu a Coordenação Executiva do Conselho Nacional de Saúde, afirmou: “A participação das pessoas prendeu-se à sua origem institucional do Ministério da Saúde, que oficialmente é o provedor da conferência, e também ao seu perfil pessoal de técnicos e dirigentes de reconhecida competência e adesão ao SUS”.⁷

Levantamento realizado durante a 10ª CNS sobre o perfil sociodemográfico dos delegados (Côrtes, 2004), através de um formulário de autopreenchimento respondido por 888 (63%) dos 1.400 delegados presentes, revelou discreta predominância do sexo masculino (57%), acima de 40 anos (54%) e com alto nível de escolaridade: cerca da metade tinha ensino superior completo ou pós-graduação.

Aproximadamente 8% dos delegados que responderam à pesquisa não haviam completado o ensino fundamental. Entre os delegados dos usuários, 69% tinham pelo menos ensino médio completo e 15% informaram não ter completado o ensino fundamental. Cerca de 11% desses delegados haviam realizado curso de pós-graduação, ao passo que, entre os delegados dos trabalhadores de saúde e dos prestadores e gestores, esses percentuais eram de 48% e 55%, respectivamente. Na 10ª CNS, eram empregados no setor público

⁶ Nelson Rodrigues dos Santos, FCM/Unicamp (coordenador geral); Adnei Pereira de Moraes, MS (coordenador adjunto); Lourdes Lemos Almeida, MS (secretária geral); Mônica Zaccarelli Dávoli, Conasems (secretária adjunta); e José Gomes Temporão, Fiocruz (relator geral).

⁷ Depoimento concedido por Nelson Rodrigues dos Santos a Sarah Escorel, em 2004.

43% dos delegados dos usuários, 76% dos representantes de trabalhadores de saúde e 80% dos prestadores e gestores.

O Conselho Nacional de Saúde elaborou a programação da etapa nacional da 10ª CNS, que incluiu quatro mesas-redondas oficiais onde foram discutidos os temas básicos da conferência, mesas-redondas complementares, temas livres e relatos de experiências e comunicações. O tema central – “SUS: Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida” – foi desdobrado em seis subtemas: Saúde, Cidadania e Políticas Públicas; Gestão e Organização dos Serviços de Saúde; Controle Social na Saúde; Financiamento da Saúde; Recursos Humanos para a Saúde; e Atenção Integral à Saúde.

O Relatório da 10ª CNS contou também com um anexo referente às “Deliberações sobre a Norma Operacional Básica nº 01/96”, com as discussões específicas produzidas pela primeira versão da NOB (publicada em 2 de setembro de 1996). Esta NOB foi ponto de discussão e polêmica durante a conferência. A principal crítica foi ao fato de ter sido publicada às vésperas da conferência, impossibilitando que suas propostas fossem incorporadas. Desse modo, a 10ª CNS determinou um prazo de sessenta dias para que a NOB fosse revista e as deliberações da 10ª CNS fossem a ela incorporadas. A nova versão da NOB 96 foi então republicada em novembro de 1996 no *Diário Oficial*, entrando em vigor em maio de 1997 (Correia, 2000).

O capítulo “Controle Social sobre o SUS”, do Relatório Final da 10ª CNS, serviu como norteador para as iniciativas voltadas para consolidar o papel decisório dos conselhos e das conferências. O capítulo sintetizava os principais problemas identificados por conselheiros e apresentava propostas para fortalecer os conselhos e capacitar os representantes de usuários. Entre as recomendações e determinações contidas no relatório desta conferência, estavam iniciativas visando à capacitação de conselheiros, exigência do controle social na gestão de cada unidade do sistema, constituição de serviços de ouvidorias e de disque-denúncia em todos os níveis do SUS e ação articulada entre os conselhos e os Tribunais de Contas e Ministério Público (Cortes, 2000).

Entre a 10ª e a 11ª CNS não foram realizadas quaisquer conferências nacionais específicas.

11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (2000): ACESSO, QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO

Houve uma demora na decisão sobre a realização da 11ª CNS em 2000 e alguns ‘contratempos’, como mudança de data e dificuldade de definir o local do evento, que estreitaram o prazo de organização e divulgação da conferência, fazendo com que várias entidades, inclusive o Cebes, tivessem se manifestado em prol do seu adiamento (Escorel e Lucchese, 2000). O próprio tema principal da conferência foi objeto de acirradas polêmicas no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, com a derrota da proposta do representante da CUT, Jocélio Drummond, que advogava pelo tema do controle social. Tentando compatibilizar todas as propostas foi aprovado o seguinte tema principal: “Efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Nesta conferência, a comissão executiva, constituída por apenas três membros, contou com o apoio de um colegiado de coordenação integrado, em sua maioria, por membros do Conselho Nacional de Saúde.⁸

A 11ª CNS realizou um balanço sobre a implantação do SUS e o exercício do controle social. Foi reconhecido que, no Brasil, as desigualdades sociais, a concentração de renda e a existência de um verdadeiro mal-estar social condicionam a situação de saúde, em que as enfermidades características das sociedades modernas se somam à persistência de doenças típicas da pobreza e do subdesenvolvimento. Mesmo assim, houve consenso de que o SUS representou um grande avanço em relação às políticas públicas, embora este tenha sido limitado pela incompatibilidade da proposta de um sistema de saúde solidário, com universalidade e integralidade, com o modelo econômico vigente (Brasil, 2001).

Para subsidiar a discussão realizada na 11ª Conferência, foram encomendados textos de especialistas que constituíram os *Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde*.

Para cada um dos 18 subtemas nos quais foram desdobrados os três temas das mesas-redondas principais, foram elaborados termos de re-

⁸ Rita Barradas Barata, Abrasco (coordenadora geral); Maria Angélica Gomes, ANVS (secretária geral); e Maria Elizabeth Diniz Barros, SIS/MS (relatora geral). O colegiado de coordenação estava composto por: Carlyle Guerra de Macedo, OPS/CNS; David Capistrano, SPS/MS; Gilson Cantarino O’Dowry, SES/RJ; Júlio Muller Neto, SES/MT-Conass; Nelson Rodrigues dos Santos, CNS; e Sílvia Mendes de Oliveira Filho, SMS/Teresina-Conasems.

ferência que orientaram a redação de artigos técnicos, além da construção de roteiros para apoiar a discussão dos grupos. Esse material veicula uma série de indagações e avaliações das ações setoriais, permite identificar problemas que demandam tratamento técnico qualificado e apresenta temas que exigem aprofundamento científico. (...) Entretanto, devido aos problemas que estreitaram o prazo do processo de organização e realização da Conferência, este material, que deveria subsidiar o debate foi distribuído no ato da inscrição, o que impediu a sua leitura atenta e reflexiva. (Escorel e Lucchese, 2000: 106)

As discussões ocorreram em sessenta grupos de trabalho. A distribuição de roteiros temáticos para orientar os trabalhos de grupo recebeu algumas críticas como ‘academicismo’ e ‘constrangimento’ da discussão. Entretanto, foi observada a familiaridade dos participantes com os assuntos ali apresentados, o acúmulo de experiência alcançado no processo de implementação do SUS e a comunicação existente entre os diferentes segmentos representados, evidenciando:

o amadurecimento do movimento político e técnico que projetou a Reforma Sanitária e a realidade de um sistema de saúde em construção, com problemas concretos e bem identificados, assim como as iniciativas e proposições traçadas para enfrentá-los, seja pelos usuários, seja pelos trabalhadores de saúde, seja pelos prestadores de serviços, seja pelos gestores do SUS. (Escorel e Lucchese, 2000: 102-103)

Assim como nas conferências anteriores, os delegados levaram propostas elaboradas em suas bases. Entretanto,

ao contrário das anteriores, nessa CNS não houve um grupo monopolizador ou dirigente evidente. Pode-se afirmar que os usuários deram o tom – o que faz sentido, em razão do número de delegados e também porque é para eles que o SUS está direcionado –, mas não havia uma entidade ou instância que representasse o conjunto desse segmento extremamente diversificado. (Escorel e Lucchese, 2000: 104)

Os participantes da 11ª CNS mostraram grande insatisfação com o fato das deliberações terem ficado condensadas no último dia e os comentários generalizados foram de que o formato das conferências deveria ser modificado.

Depois da 11ª CNS, foram realizadas as seguintes conferências nacionais específicas: Saúde Indígena (3ª, de 14 a 18 de maio de 2001), Vigilância Sanitária (de 26 a 30 de novembro de 2001), Saúde Mental (3ª, de 11 a 15 de

dezembro de 2001) e Medicamentos e Assistência Farmacêutica (de 15 a 18 de setembro de 2003).

Não é possível identificar, como nas conferências anteriores, desdobramentos específicos das deliberações da 11ª CNS na implementação do SUS. A abrangência temática, a metodologia adotada que possibilitou que assuntos de âmbito municipal (problemas, conflitos, programas e ações bem-sucedidas) voltassem a ser discutidos na etapa nacional, produziu um relatório de difícil consolidação e sem que qualquer aspecto ou deliberações preponderasse sobre os demais como idéia-síntese da 11ª CNS.

12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (2003): DEZ CONFERÊNCIAS EM UMA

A 12ª CNS buscou reviver, em alguma medida, o espírito democrático da 8ª CNS. A conferência foi antecipada pelo governo com o intuito de submeter a sua política de saúde à apreciação direta da sociedade e o ministro Humberto Costa assumiu publicamente o compromisso de utilizar as resoluções finais da conferência como base para as políticas de saúde (Noronha, 2003).

Realizada no fim do primeiro ano do governo do presidente Luíz Inácio Lula da Silva, a 12ª CNS congregou expectativas e anseios da retomada dos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária.

A comissão organizadora foi integrada pelo próprio Conselho Nacional de Saúde, que deliberou subdividir o tema principal da 12ª CNS – “Saúde: um direito de todos e dever do Estado; a Saúde que temos, o SUS que queremos” – em dez eixos temáticos: Direito à Saúde; A Seguridade Social e a Saúde; A Intersetorialidade das Ações de Saúde; As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; A Organização da Atenção à Saúde; Controle Social e Gestão Participativa; O Trabalho na Saúde; Ciência e Tecnologia e a Saúde; O Financiamento da Saúde; Comunicação e Informação em Saúde.

A comissão executiva,⁹ presidida por Sergio Arouca, teve seus trabalhos suspensos a partir de abril de 2003 devido ao seu adoecimento e posterior

⁹ Sergio Arouca, SGP/MS (coordenador geral *in memoriam*); Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho (coordenador adjunto); Maria Fátima de Sousa, SAS/MS (coordenadora adjunta); Eliane Aparecida da Cruz, SE/CNS (secretária geral); Conceição Aparecida Pereira Rezende (secretária adjunta); Margara Raquel Cunha, SGP/MS (secretária especial de comunicação); Paulo Gadelha, Fiocruz (relator geral); Ana Maria Costa, SGP/MS (relatora adjunta); e Sarah Escorel, Fiocruz (relatora adjunta).

falecimento, retomando suas atividades apenas em agosto de 2003, sob a coordenação de Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho.

Tanto a escolha dos delegados quanto a elaboração do documento-base para ser discutido na etapa nacional se deu de forma ascendente. Foram realizadas conferências municipais e estaduais, nas quais as discussões seguiram a estrutura proposta pelo Conselho Nacional de Saúde, em torno dos dez eixos temáticos. Da etapa municipal foram consolidados relatórios estaduais com as deliberações relacionadas aos âmbitos estadual e nacional e escolhidos os delegados para a etapa estadual. E da etapa estadual foi consolidado um relatório com as decisões relacionadas ao âmbito nacional e escolhidos os delegados e os observadores para participarem da etapa nacional.

A partir de experiências de conferências anteriores, nas quais foi observado que apenas um dia de plenária realizada no último dia da conferência não era suficiente, a programação da 12ª CNS contou com dois dias para a realização do processo final de votação, garantindo assim sua objetividade e legitimidade (Noronha, 2003). “A 12ª se destacou ainda por uma calorosa atmosfera política, pelo clima de alegria nos vários shows ao longo do evento (...) e pela presença no último dia, do presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, esperado com ansiedade” (Radis, 2004: 11).

A conferência contou com dez mesas-redondas, realizadas no dia seguinte à abertura, para o aprofundamento das reflexões sobre os eixos temáticos. No outro dia, 98 grupos passaram o dia em debates, cada um deles realizando a discussão sobre dois eixos temáticos, a partir do documento consolidado na etapa estadual, um na parte da manhã e outro à tarde. Nos últimos dois dias da conferência, ocorreu a plenária final, na qual decidiu-se votar apenas as propostas mais polêmicas (Radis, 2004).

Na 12ª CNS, uma pesquisa da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde (SGP/MS) levantou o perfil sociodemográfico dos delegados eleitos nas conferências estaduais para participarem da etapa nacional da conferência (Costa, 2004).¹⁰ Observou-se discreto aumento do percentual de delegadas em relação à 10ª CNS (47%), constatando-se menor proporção de mulheres no segmento dos usuários (37% dos usuários) e grande

¹⁰ Foram entrevistados 481 delegados por telefone, na semana precedente à 12ª CNS, a partir de uma amostra probabilística que considerou segmento representado e região de origem dos delegados estaduais eleitos na mesma proporção do universo, de acordo com o regimento da 12ª CNS.

participação das mulheres entre os delegados dos gestores (63% dos gestores). Os delegados com idade superior a quarenta anos representavam 66% do total.

Entre os delegados da 12ª CNS, a maior parte considerou-se de cor/raça branca (50%), embora fosse constatada grande participação (47%) dos que se classificaram como da cor/raça negra ('preta' e 'parda'). Cerca de 2,4% informaram ser da raça/cor amarela e 0,4%, indígenas.

Quanto ao perfil educacional dos delegados da 12ª CNS, 4% tinham ensino fundamental incompleto, 30% possuíam o ensino médio completo e 20% tinham cursado uma pós-graduação. Analisando o grau de escolaridade segundo os segmentos representados, observou-se que 77% dos delegados dos usuários haviam concluído pelo menos o ensino médio e cerca de 8% do mesmo segmento informaram não ter completado o ensino fundamental. Declararam ter curso de pós-graduação 5% dos representantes dos usuários, 21% dos trabalhadores, 47% dos gestores e 53% dos prestadores de serviços de saúde.

Na 12ª CNS, a grande maioria era composta por empregados (69%), dos quais 71% do setor público, principalmente da esfera municipal (41%), seguida da estadual (21%) e federal (9%). Cerca de 20% do total de delegados informaram que sua ocupação principal era na área privada e 13% tinham ocupações autônomas.

A maioria dos gestores que participaram da 12ª CNS estava empregada na esfera municipal (67%). Quanto aos prestadores, a maior parte possuía ocupação principal no setor público (56%), enquanto 32% situavam-se no setor privado. Entre os delegados dos trabalhadores, também ocorreu a predominância de ocupação no setor público municipal (52%) e mais da metade dos usuários estava empregada no setor público (54%).

Entre os delegados que possuíam pelo menos o ensino médio completo, mais da metade (58%) informou ter formação em saúde, o que indica que profissionais da saúde estavam como representantes também de outros segmentos: 86% dos trabalhadores, 84% dos gestores, 76% dos prestadores e 37% dos usuários relataram possuir formação em saúde.

Apesar de a maioria dos delegados da 12ª CNS ter mais de quarenta anos, 71% deles estavam participando pela primeira vez de uma CNS. Em ordem decrescente, 17% participaram da 11ª CNS, 14% da 10ª CNS, 8% da 9ª CNS e 7% da 8ª CNS.

Diante da abrangência dos temas e dos inúmeros destaques apresentados, não foi possível que a plenária final da 12ª CNS deliberasse sobre todo o relatório final. Optou-se por selecionar o que foi denominado de ‘aspectos polêmicos’ pela comissão *ad hoc* instituída pelo Conselho Nacional de Saúde. Os demais assuntos pendentes foram deliberados por votação em domicílio. Esse processo resultou no fato de que apenas em setembro de 2004 o Relatório Final da 12ª CNS (Brasil, 2004) fosse aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e distribuído aos delegados e participantes entre dezembro de 2004 e janeiro de 2005.

A ausência de uma carta política da 12ª CNS sugere a hipótese de que os atores políticos – que nas conferências anteriores estavam fora do processo de organização e do próprio governo –, na 12ª confundem-se (ou as suas propostas) com o governo. Não decorreu tempo suficiente para analisar os desdobramentos da 12ª CNS na implementação do SUS.

Após a 12ª CNS, foram realizadas duas conferências nacionais específicas: Ciência e Tecnologia em Saúde (2ª, de 25 a 28 de julho de 2004) e Saúde Bucal (3ª, de 29 de julho a 1º de agosto de 2004).

Conferências Nacionais de Saúde: Ágora ou Coliseu?

Criadas como mecanismo de controle das instâncias estaduais durante o Estado Novo e transformadas em fórum de participação pelo movimento social no início da Nova República, desde a oitava edição as CNS tiveram importância significativa na construção e no aprimoramento do SUS. Significativas não só por interferirem nos seus rumos (descentralização) e na elaboração de normas e regulamentações, e por conferirem a legitimidade necessária para as políticas de saúde, mas também, e principalmente, na constituição de uma arena democrática de debate com influência em outras áreas governamentais que também realizaram suas conferências (Meio Ambiente, Cidades etc.).

Na medida em que as leis e regulamentações não detalharam o que deve ser e como deve funcionar uma CNS, as próprias conferências deliberaram a respeito, criando mais uma imagem-objetivo, mais um ideal a alcançar, do que uma realidade de fato. Os delegados presentes nas conferências decidiram por conferir um caráter deliberativo às CNS, estabelecendo uma legiti-

midade na ausência de uma legalidade. Nos relatórios das 11ª e 12ª CNS surge, inclusive, a proposta de punir legalmente gestores que deixarem de cumprir as deliberações das conferências, contando-se, para tal, com a colaboração do Ministério Público.

Espaço público por excelência, de manifestação de interesses divergentes e de conflitos conseqüentes às divergências, as regras de organização e funcionamento das conferências são essenciais para que a força dos argumentos e a construção de consenso constituam a base das políticas deliberadas.

No entanto, as CNS enfrentam um dilema oriundo de sua importância como mecanismo de participação social e de seu próprio crescimento: na 8ª CNS, participaram cerca de mil delegados, enquanto na 12ª CNS eram em torno de quatro mil. Dilema este que pode ser representado em duas formas de exercício da tomada de decisões coletivas e de resolução de conflito existentes na Antiguidade Clássica: Ágora ou Coliseu.

Na Ágora (praça das antigas cidades gregas na qual se fazia o mercado e onde se reuniam, muitas vezes, as assembléias do povo), reside a origem mais remota da política, quando os homens livres decidiam em comum os assuntos da esfera pública, através da ação e da fala. A força dos argumentos, o discurso e o convencimento dos demais constituíam as formas básicas de deliberação sem o uso da força ou da violência, sem constrangimentos.

No Coliseu, o princípio de soberania popular manifestava-se, na arena, de forma direta e incisiva. A decisão sobre o destino do perdedor na luta de gladiadores, “estava nas mãos da multidão, a testemunhar um ato de soberania popular que só teria equivalente, no mundo moderno, com os referendos ou plebiscitos, em que todos se manifestam” (Funari, 2003: 71). A luta e a manifestação da força, quando encerradas, eram decididas no grito pela multidão presente. Não havia diálogo, não havia argumentos, não existia construção do consenso. A política estava ausente apesar da manifestação inequívoca da soberania popular.

Ágora ou Coliseu? Soberania popular com política ou sem política? Argumento ou grito? Consenso ou comício? Dilemas que estão por serem resolvidos nas próximas Conferências Nacionais de Saúde.

Referências bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Exposição de Motivos e Projeto do Decreto 6.785 de 30 de janeiro de 1941.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 8ª, 1986. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 33, de 23 de dezembro de 1992. Aprova o documento “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 9ª, 1992. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 10ª, 1996. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 11ª, 2000. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 319, de 7 de novembro de 2002. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de Saúde
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para Criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de Saúde. *Diário Oficial*, Brasília, n. 236, p. 57-58, 2003. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 12ª, 2003. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CARVALHO, A. I. de. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a Reforma Sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- CEBES. IX Conferência Nacional de Saúde. *Saúde em Debate*, 36: 4-5, 1992.
- CESALTINA, A. Conferências: palco de conquistas democráticas. *Revista Conasems*, 2: 35-38, 2003.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 3, 1963, Brasília. *Anais...* Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1991.
- CORREIA, M. V. C. *Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- CORTES, S. M. V. Balanço de experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde: construindo a possibilidade de participação dos usuários. In: *Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

- COSTA, A. M. (Coord.). Avaliação do impacto do Controle Social na formulação e implementação de políticas de saúde. Estudo do Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório de Pesquisa*. Brasília: Ministério da saúde/Secretaria de gestão participativa, 2004.
- ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- ESCOREL, S. *Saúde Pública: utopia de Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2000.
- ESCOREL, S. & LUCCHESI, P. XI Conferência Nacional de Saúde: algumas primeiras impressões. *Saúde em Debate*, 24(56): 102-106, 2000.
- FIOCRUZ. *História das Conferências Nacionais de Saúde*. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/histconferencias/histconferencias.htm>>. Acesso em: 11 de outubro de 2004.
- FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- FUNARI, P. P. A cidadania entre os romanos. In: PINSKY, J. & PINSKY, C. B. (Orgs.). *História da cidadania*. São Paulo: Contexto, 2003.
- GADELHA, P. E. & MARTINS, R. A política nacional de saúde e a 8ª CNS. *Saúde em Debate*, 20: 79-83, 1988.
- LUZ, M. T. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da década de 80. In: Guimarães, R. & Tavares, R. (Orgs.). *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- NORONHA, A. B. de. 12ª CNS: mudando para melhorar. *Radis*, 15: 10, 2003.
- RADIS. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Tema n. 7, agosto de 1986.
- RADIS. 11ª Conferência Nacional de Saúde. O Brasil diz como quer ser tratado. Tema n. 20, 2001.
- RADIS. 12ª Conferência Nacional de Saúde: o início de uma nova política de saúde. 17: 11, 2004.
- RAMOS, C. L. Participação popular nos programas de saúde. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *A Saúde em Estado de Choque*. Rio de Janeiro: Fase/Espaço e Tempo, 1986.
- SAYD, J. D.; VIEIRA JR., L.; VELANDIA, I. C. 1998. Recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). *Physis: Revista Saúde Coletiva*, 8(2): 165-195, 1998.

Anexos

Quadro 1 – Conferências Nacionais de Saúde: tema central, objetivos e subtemas

Conferência	Data	Tema Central / Objetivos	Subtemas
1ª CNS	Novembro de 1941	Reforma estrutural para o combate a doenças específicas (tuberculose e hanseníase).	
2ª CNS	Novembro de 1950	Condições de higiene e de segurança no trabalho e na prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes.	
3ª CNS	9 a 15 de dezembro de 1963	Traçar uma radiografia do estado sanitário brasileiro, partindo do pressuposto de que a saúde é incompatível com a pobreza; distribuir atribuições entre as três esferas de governo e discutir a municipalização dos serviços de saúde.	- Situação sanitária da população brasileira; - Distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; - Municipalização dos serviços de saúde; - Fixação de um plano nacional de saúde. Fonte: Relatório da III CNS.
4ª CNS	30 de agosto a 4 de setembro de 1967	Recursos Humanos para as atividades de saúde.	- O profissional da saúde que o Brasil necessita; - Pessoal de nível médio e auxiliar; - Responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e no aperfeiçoamento dos profissionais da saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar; - Responsabilidade das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde.
5ª CNS	5 a 8 de agosto de 1975	Elaboração de uma política nacional de saúde para ser submetida ao Conselho do Desenvolvimento Social.	- Sistema Nacional de Saúde; - Programa materno-infantil; - Vigilância epidemiológica; - Controle de grandes endemias; - Extensão das ações de saúde às populações rurais (Rede de Unidades Básicas e RH).
6ª CNS	1 a 5 de agosto de 1977	Processo de controle das grandes endemias e a interiorização dos serviços de saúde.	- Situação atual do controle das grandes endemias; - Operacionalização dos novos diplomas legais básicos, aprovados pelo Governo Federal em matéria de saúde; - Interiorização dos serviços de saúde; - Política Nacional de Saúde. Fonte: Relatório da 6ª CNS.
7ª CNS	24 a 28 de março de 1980	Extensão das ações de saúde através dos Serviços Básicos.	- Regionalização e organização de serviços de saúde nas Unidades Federadas; - Sanearamento e habitação nos Serviços Básicos de Saúde – o Planasa e o Sanearamento Simplificado; - Desenvolvimento de recursos humanos para os Serviços Básicos de Saúde; - Supervisão e educação continuada para os Serviços Básicos de Saúde; - Responsabilidade e articulação interinstitucional (níveis federal, estadual e municipal), Desenvolvimento institucional e da infra-estrutura de apoio nos estados; - Alimentação e nutrição e os Serviços Básicos de Saúde; - Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde; - Saúde mental e doenças crônico-degenerativas e os Serviços Básicos de Saúde; - Informação e vigilância epidemiológica nos Serviços Básicos de Saúde; - Participação comunitária – os Serviços Básicos de Saúde e as comunidades; - Articulação dos Serviços Básicos com os serviços especializados no sistema de saúde. Fonte: Relatório da 7ª CNS.
8ª CNS	17 a 21 de março de 1986	“Democracia e Saúde”	- Saúde como dever do Estado e direito do cidadão; - Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; - Financiamento setorial.
9ª CNS	9 a 14 de agosto de 1992	“Saúde: Municipalização é o Caminho”	- A implementação do SUS; - Controle social no Sistema; - Democratizar as informações; - Financiamento.
10ª CNS	2 a 6 de setembro de 1996	“SUS – Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”	- Saúde, cidadania e políticas públicas; - Gestão e organização dos serviços de saúde; - Controle social na saúde; - Financiamento da saúde; - Recursos Humanos para a saúde; - Atenção integral à saúde.
11ª CNS	15 a 19 de dezembro de 2000	“Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”	- O SUS como política social; - A gestão do SUS; - O acesso aos serviços do SUS; - O modelo assistencial no SUS; - Financiamento do SUS; - Recursos Humanos; - Controle social sobre o SUS; - Políticas de informação, educação e comunicação; - Responsabilidades dos Poderes Legislativo e Judiciário e do Ministério Público na garantia de acesso, qualidade e humanização.

Quadro 1 – Conferências Nacionais de Saúde: tema central, objetivos e subtemas (continuação)

12ª CNS	7 a 11 de dezembro de 2003	“Saúde: um direito de todos e dever do Estado – A saúde que temos, o SUS que queremos.” O controle social é um eixo transversal, porque suas discussões deveriam ‘atravessar’ todos os dez eixos.	• Direito à saúde; • A seguridade social e a saúde; • A intersetorialidade das ações de saúde; • As três esferas de governo e a construção do SUS; • A organização da atenção à saúde; • Gestão participativa e controle social; • O trabalho na saúde; • Ciência e tecnologia e a saúde; • O financiamento do SUS; • Informação e comunicação em saúde.
---------	----------------------------	---	--

Quadro 2 – Conferências Nacionais de Saúde - Participantes

Conferência	Data	Ministro	Presidente	Participantes
1ª CNS	10 a 15 de novembro de 1941	Gustavo Capanema	Getúlio Vargas	
2ª CNS	Novembro de 1950	Eduardo Rios Filho	Gaspar Dutra	
3ª CNS	9 a 15 de dezembro de 1963	Wilson Fadul	João Goulart	Representantes oficiais dos serviços de saúde pública, federais, estaduais e municipais, entidades científicas e órgãos integrados nos programas de desenvolvimento econômico-social. Com direito a voto: ▪ Diretores Gerais do Departamento Nacional de Saúde, Departamento Nacional da Criança e Departamento Nacional de Endemias Rurais; ▪ Diretor do Instituto Oswaldo Cruz; ▪ Superintendente da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública; ▪ Membros do Conselho Nacional de Saúde; ▪ Chefe, subchefe e os assessores do Gabinete do Ministro da Saúde; ▪ Superintendente da Campanha de Erradicação da Malária; ▪ Membros da Comissão Organizadora; ▪ Diretores de Serviços e Divisões Técnicas do Ministério da Saúde; ▪ Delegados Federais de Saúde e da Criança; ▪ Secretário Executivo do Grupo de Planejamento; ▪ Diretor da Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho do MTPS; ▪ Representantes dos Serviços de Saúde das Forças Armadas; ▪ Secretários de Saúde dos Estados do Distrito Federal; ▪ Diretores de Saúde dos Territórios; ▪ Representantes do Senam, Sudene, SPVEA, SPVFS; ▪ Presidente do Conselho Médico da Previdência Social; ▪ Diretor Geral do SAMDU. Fonte: Relatório da III CNS.
4ª CNS	30 de agosto a 4 de setembro de 1967	Leonel Miranda	Castelo Branco	210 participantes; Comissões de Trabalho.
5ª CNS	5 a 8 de agosto de 1975	Paulo Almeida Machado	Ernesto Geisel	217 delegados, 77 observadores e Hector Acuña, diretor da Opas, como convidado especial. ▪ Ministro das Relações Exteriores; ▪ Ministro da Saúde; ▪ Demais membros do Conselho Nacional de Desenvolvimento Social; ▪ Representantes do Senado e da Câmara Federal; ▪ “Outras altas autoridades do país”. Fonte: Relatório da 5ª CNS.
6ª CNS	1 a 5 de agosto de 1977	Paulo Almeida Machado	Ernesto Geisel	405 delegados e 29 observadores: ▪ Membros do Conselho Nacional de Saúde, dirigentes de órgãos e entidades subordinados ou vinculados ao Ministério da Saúde e outros funcionários especificamente designados pelo ministro de Estado da Saúde; ▪ Representantes dos ministérios integrantes do Conselho de Desenvolvimento Social; ▪ Diretores dos serviços de saúde das Forças Armadas; ▪ Secretários de Saúde dos estados, do Distrito Federal, dos territórios e dos municípios polarizadores das regiões metropolitanas e outras autoridades de saúde das unidades federativas, especialmente convidadas; ▪ Representantes oficiais de outros órgãos públicos, paraestatais e de entidades particulares, especialmente convidados. Fonte: Relatório da 6ª CNS.
7ª CNS	24 a 28 de março de 1980	Waldyr Mendes Arcoverde	João Figueiredo	Cerca de quatrocentos participantes, distribuídos em 16 grupos de debates, de conformidade com o subtema escolhido. ▪ Delegados do Ministério da Saúde, técnicos e dirigentes de órgãos e entidades diretamente subordinados ou vinculados; ▪ Outros funcionários designados pelo ministro de Estado da Saúde; ▪ Representantes dos ministérios integrantes do Conselho de Desenvolvimento Social; ▪ Diretores dos serviços de saúde das forças armadas; ▪ Secretários de saúde dos estados, do Distrito federal e dos territórios, e outras autoridades da área de saúde das unidades da Federação, especialmente designadas; ▪ Representantes oficiais de outros órgãos públicos da área de saúde, tais como autarquias, fundações e entidades paraestatais; ▪ Representantes de instituições particulares e órgãos de classe da iniciativa privada; ▪ Parlamentares das Comissões de Saúde da Câmara dos Deputados e do Senado Federal; ▪ Representantes de organismos internacionais de saúde; ▪ Representantes do clero. Fonte: Relatório da 7ª CNS.
8ª CNS	17 a 21 de março de 1986	Seigo Tsuzuki	José Sarney	Mais de quatro mil, sendo mil delegados. Quinhentos representantes das instituições: ▪ 50% nível federal (16% Ministério da Saúde; 16% MPAS; 8% Ministério da Educação; 10% outros ministérios e órgãos); ▪ 22% nível estadual; ▪ 18% nível municipal; ▪ 10% parlamento. Quinhentos da sociedade civil: ▪ 15% produtores privados de serviços de saúde; 20% entidades de categorias de profissionais da saúde; ▪ 30% sindicatos e associações de trabalhadores urbanos e rurais; ▪ 10% associações de moradores; ▪ 20% entidades comunitárias e outras entidades civis; ▪ 5% partidos políticos.

Quadro 2 – Conferências Nacionais de Saúde (continuação)

9ª CNS	9 a 14 de agosto de 1992	Adib Jatene	Fernando Collor de Mello	Quase três mil delegados e 1.500 observadores nacionais e internacionais. Os delegados representavam profissionais da saúde, prestadores públicos e privados de serviços, representantes das três esferas de governo, dos Poderes Judiciário e Legislativo, do Ministério Público e usuários dos serviços de saúde.
10ª CNS	2 a 6 de setembro de 1996	Adib Jatene	Fernando Henrique Cardoso	▪ Aproximadamente 1.400 delegados (50% usuários); 1.260 eleitos em pré-conferências estaduais e 136 representantes de entidades e instituições de âmbito nacional; ▪ 351 convidados; ▪ 1.341 observadores. Fonte: Relatório da 10ª CNS e História das Conferências de Saúde.
11ª CNS	15 a 19 de dezembro de 2000	José Serra	Fernando Henrique Cardoso	▪ Cerca de 2.500 delegados – Eleitos (75%) e Indicados (25%); ▪ Gestores: 356 (14,24%); ▪ Prestadores: 282 (11,28%); ▪ Trabalhadores da saúde: 582 (23,8%); ▪ Formadores de RH: 30 (1,2%); ▪ Usuários: 1.250 (50%). Fonte: < http://conselho.saude.gov.br/11conferencia/representacao.htm > .
12ª CNS	7 a 11 de dezembro de 2003	Humberto Costa	Luiz Inácio Lula da Silva	▪ Três mil delegados – Eleitos (80%) e Indicados (20%); ▪ Gestores: 450 (60% de 25%); ▪ Prestadores: 300 (40% de 25%); ▪ Trabalhadores da saúde: 750 (25% de 100%); ▪ Usuários: 1.500 (50% de 100%). Fonte: Manual da 12ª CNS

4. ROMANCE DE FORMAÇÃO DE UM SANITARISTA: UM ESTUDO DE CASO

Gastão Wagner de Sousa Campos

Romance de formação é um estilo literário que combina a narração de peripécias com a demonstração dos modos como um determinado personagem se construiu como pessoa adulta. A *Educação Sentimental*, de Flaubert (1983), é um dos paradigmas desse gênero. Em geral, o enredo contém uma compreensão do contexto social, econômico e cultural e procura relacioná-lo com a constituição do personagem. J. M. Coetzee (2005), em *Juventude*, conta as aventuras de um jovem branco sul-africano que, inconformado com o acirramento de conflitos raciais na África do Sul, migra para a Inglaterra sem um projeto de trabalho ou de estudo bem definido. Ele alimenta a esperança de se transformar em poeta, ainda quando inicie sua vida no novo país trabalhando como matemático em uma fábrica de computadores.

Como não conhece ninguém, já que rompera com suas raízes familiares, encontra-se sozinho em uma grande metrópole, vendo-se obrigado a sobreviver em um ambiente hostil e em ebulição. A história se passa na década de 1960. A transformação do jovem matemático em um escritor é descrita como uma decorrência de seus desejos e interesses pessoais, mas também de sua história como um branco sul-africano e, depois, um exilado malquisto em sua nova pátria. De certa maneira, seu destino encontra-se ligado ao de outros escritores contemporâneos: em alguma medida, eles se conformam em uma mesma forma, o que lhes assegura traços comuns quando da escolha de temas, da adesão a utopias sociais ou a estilos literários; em outra medida, entretanto, ele singularizou seu destino adotando um modo de escrever e de viver que o distingue de todos os outros escritores de seu tempo.

Tomando as devidas precauções, creio que poderia me valer dessa forma narrativa – o romance de formação – para um estudo do processo de

conformação dos sanitaristas que não somente conviveram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mas também tiveram papel ativo nessa história. Para isto me valerei da descrição de minha própria experiência e, conforme recomenda a técnica do romance de formação, tratarei de situá-la em um determinado período (últimos trinta anos do século XX, entre 1970 e 2000) e em instituições e organizações obrigatórias para todos que pretendiam ganhar o título de sanitarista. Um caso específico em que o estudo do particular, de um caso, não pode se desenvolver sem a descrição de características, de determinantes e de condicionantes que marcaram os profissionais que se formaram sanitaristas naquela época. A dimensão universal agindo imbricada com o desenrolar de um caso específico. A objetivação de uma narrativa subjetiva ou, talvez, a subjetivação de uma trama positiva de acontecimentos e de estruturas.

Os cursos da vida e a conformação do sujeito: o *pathos* do sanitarista

Moacyr Scliar (2000) escreveu sobre a condição do sanitarista, sobre o fato de que este profissional teria um *pathos* muito característico. Poderíamos traduzir *pathos* por paixão inspiradora, uma força motora irresistível e que conduziria a vida das pessoas portadoras deste fogo interno. Creio que muitos dos meus colegas de saúde pública foram marcados por uma paixão pela vida, por um desejo de combinar o trabalho com algum tipo de militância e se destacaram por uma grande dedicação a causas sociais e humanitárias. Muitos sanitaristas de minha geração se envolveram com a luta contra a ditadura militar e com a construção de uma política de saúde generosa, que mais tarde se materializaria no que seria o SUS.

Em geral, nós, que crescemos entre as décadas de 1960 e 1980, encontramos no marxismo uma teoria que nos parecia apropriada para acolher a compulsão que compartilhávamos em buscar um mundo melhor. Muitos aderiram a partidos de esquerda, se tornaram comunistas, socialistas, católicos de esquerda e, posteriormente, petistas.

Os caminhos que me levaram à saúde pública foram o desvio possível para o atoleiro que se revelou ser a via revolucionária. Manteve-se o *pathos*, mas alterou-se o objeto de investimento. Os temas da justiça e da liberdade me foram muito caros desde a adolescência e, apesar, de milhares de evi-

dências em contrário, insisto em mantê-los como um fogo que ilumina a minha vida.

Nasci em uma família tradicional, em uma cidade pacata e em um estado muito conservador. Em nosso círculo familiar, havia advogados, médicos e engenheiros. O universo profissional admitido era estreito: fazendeiro, funcionário público ou profissional liberal. Meu destino foi traçado quando ainda era criança: médico ou oficial da marinha.

Meus cursos primário e ginásial me confirmaram a noção de que a vida era um grande confinamento. O mundo era ordenado e previsível. E, pior, esta ordem tendia a desconhecer absolutamente minhas inclinações e meus desejos. Disciplina e controle configuravam o estado universal da vida humana, assim eu enxergava o *status quo* até quando ingressei na universidade. Fui um aluno vulnerável às pressões institucionais e, portanto, preso a um proceder metódico: foi tensão de cabo a rabo, e eu sempre me sentindo obrigado a alcançar o primeiro lugar. Primeiro, nada mais que a obrigação, parecia-me. Normal. Anormal foram as conversas com Deus e comigo mesmo, longos papos, considerações sobre como o mundo poderia ser reorganizado, um delírio pessoal compartilhado com a Santíssima Trindade. Uma religiosidade sem culpa, uma reconstrução utópica dos modos concretos em que a vida teimava em não acontecer. Poderia ter escrito um diário curioso, mas não sabia desse estilo de sublimação.

Dos livros didáticos, me lembro da cartilha *a pata nada*, impressa em duas cores, preto e verde. “Ivo viu a uva” e “a vaca é da vovó”. Ah, dona Vilma, a primeira professora! Lembro-me também do livro *Infância Brasileira*. O descobrimento do Brasil, eu decorei tudo, como uma poesia. Na aula, no dia seguinte, me atrapalhei com a falta de ordem com que a professora nos inquiria – eu memorizara uma seqüência, ligara uma frase à outra e não um assunto a outro. Um aborrecimento os livros da escola. Mas as ruas e os quintais, em catalão, eram o mundo: o Saara, a Califórnia, o Amazonas, o Congo Belga – a liberdade. A escola, a prisão.

Em 1963, fui estudar interno, em Goiânia, em um colégio salesiano. Dois anos trancafiado em uma instituição total. Missa toda manhã. À noite, oração a Dom Bosco rogando uma boa morte: lenta, para que o cristão pudesse confessar-se, comungar e receber a extrema-unção. Toda noite, um papo com a morte. Argh! Defendi-me como pude, com um misto de bravura e resignação. Houve um mês, durante o segundo ano, que alcancei nota

máxima (dez) em todas as disciplinas. Ninguém me admoestaria, ninguém abusaria de minha dignidade. Para isto, tratei de passar despercebido, lendo um livro atrás do outro, pelos cantos, cumprindo as obrigações escolares. De tanta privação, enlouqueci e, durante dois meses, imaginei livrar-me do colégio fazendo tudo em duplicata. Uma segunda-feira, no auge do desespero, descobri que me enganava e abandonei a mania.

Desde então, amo o espaço aberto: eduquei-me no amor à liberdade e no ódio sistemático ao autoritarismo. Compreendi o significado da autoridade perversa, da regra praticada para humilhar e autorizei-me a nunca me submeter a regime semelhante. Deduzi que vale tudo contra este tipo de sistema, inclusive fugir para longe dele caso não o consiga desmontar.

Anormal de grande foi a paixão que me ligou aos livros, que primeiro descobri no escritório de meu pai e, mais tarde, nas bibliotecas e livrarias espalhadas pelo mundo: romances, contos de fada, enciclopédias, a Bíblia. Em 1961, li os 12 volumes da obra infantil de Monteiro Lobato; no ano seguinte, os reli. Walter Scott, Anderson, La Fontaine, Alexandre Dumas, José de Alencar, Machado de Assis, era um mundo fantástico e mais interessante do que o que eu criara em minhas conversas com Deus. Nem o brilho do cinema ou a mobilidade da televisão jamais conseguiram desviar-me desse amor de infância: a literatura me parece a arte integral, ainda que lhe falte a imagem. Depende da imaginação, portanto. Grande parte de minha formação humanista e de minha simpatia pelos humilhados e desvalidos advém dessas leituras. A literatura é um meio poderoso para lembrar um sujeito de que ele não está sozinho no mundo e de que a felicidade quase sempre é uma empreitada que se comparte com alguém.

O corpo: a educação da época prometia controlar o soma e não cuidá-lo. Dançar, se dançava pouco em meu círculo. A música passou longe, apesar do meu avô maestro. Tocar tambor na fanfarra do ginásio e pronto. Educação física, quase nada. Nadar, eu nadava muito, por minha conta e determinação. Futebol, muito pouco, a miopia precoce era uma desvantagem, ninguém sonhava em jogar bola com óculos naquele tempo e enxergar, eu enxergava mesmo muito pouco. Afinal, minha família era muito grande, minha cidade natal muito pequena e as escolas muito previsíveis.

O colegial: científico se chamava. Houve um professor de química que tentou se matar em 1966, ou foi em 67? Preso pela ditadura militar, na cadeia, esmagou os óculos fundo de garrafa e comeu o vidro. Não mor-

reu, o socorreram a tempo. Nunca o vimos novamente. Desapareceu da escola. Belo Horizonte. Colégio Arnaldo, escola tradicional. Na parede, entre os ex-alunos, estava Carlos Drummond, o poeta. Depois o Colégio Universitário, curso experimental da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Não fiz cursinho preparatório para o vestibular; o Universitário tomava todo nosso tempo. Um encanto o método de ensino, prático, lúdico, provocativo, um alívio para a agonia do vestibular. Aprender fazia sentido. Os livros ligavam-se à vida. A história ligava-se às artes, à química, à matemática e vice-versa. Lá, nesse maravilhoso colégio público, até nos esquecíamos de que éramos concorrentes e que havia um concurso impiedoso pela frente: o momento justificava-se por si mesmo. Pela primeira vez, estudei de modo sistemático os grandes movimentos sociais: a revolução francesa e a russa, a campanha pelo petróleo no Brasil; e ainda fui apresentado à doutrina dos direitos humanos.

Sempre li muito. Literatura, sobretudo. Um remanso, um espaço de fuga que teimava em me reatar à realidade e à vida. Em 1969, terceiro colegial, ano do vestibular, li toda a *Montanha Mágica* de Thomas Mann e mais dez ou 12 romances. Em Belo Horizonte, me especializei em olhar o mundo: caminhava pela cidade observando, espantado, a agitação daquele período. Falava pouco, tinha poucos amigos, turma pequena, nada. Literatura, cinema, obrigações escolares e conhecer o mundo. Quando me fui de Belo Horizonte, resolveu mudar de vida, doravante, pensava, basta de apenas olhar e ruminar sobre as coisas. Eu queria viver: falar, tocar, fazer, experimentar.

Em 1968, tinha 16 anos. Sou herdeiro daquela época, das histórias daquele tempo. Aquilo me grudou na pele. Na ocasião, mal percebi a ligação. Assisti ao movimento de perto, mas como se eu fosse um observador distante. Um antropólogo entre meu próprio povo. Na república onde vivia, um colega foi eleito para o diretório dos estudantes de medicina da UFMG, outro foi preso pela ditadura e um conhecido de Goiás assaltou um banco, seqüestrou um avião e fugiu para Cuba. Eu convivía com esquerdistas de todos os matizes, os ouvia discutir, sonhar e esbravejar contra o capitalismo e a ditadura. Fui a muitas passeatas, corri da polícia e chorei emocionado ou intoxicado pelas bombas de fumaça. Mas não me filiei a nada, não participei de reuniões, sequer as palavras de ordem me lembro de havê-las gritado alguma vez. Não.

Mesmo assim, 1968 me pegou. Tanto pelo lado político e revolucionário, a oposição à ditadura e ao capitalismo, quanto pela faceta da libertação individual, a recusa em sacrificar a felicidade em nome da ordem ou seja lá do que fosse. Desde então apostei na realização integral da vida, na possibilidade de realização pessoal e na de construir-se uma sociedade justa e democrática. Os *hippies* e os revolucionários me eram simpáticos. Gostava de todos, mas me mantive independente dos dois lados. Convivência e admiração. Aderir, jamais. Pasquim e Jimi Hendrix. Beatles e Marx. Essa duplicidade me conformou e me protegeu da destruição, logo em seguida, durante o início da década de 1970. Essa mistura me salvou a vida. A mistura que me foi constituindo: a ambigüidade, o espírito aventureiro e crítico e generoso e aberto, mas sempre desconfiado e arisco. Ser do sertão. Éramos todos um pouco assim, bichos mal domesticados. Durante a loucura desta década, o componente militante afastou-me das drogas pesadas e da dependência química – o preço da revolução era a eterna militância e a consciência de tudo, alienar-se era politicamente incorreto. Por outro lado, o dionisíaco protegeu-me do fundamentalismo das seitas esquerdistas, evitou imolar-me no desespero arrogante da luta armada contra a ditadura militar.

A medicina, a militância e a saúde pública

Em 1970, passei no vestibular para medicina na Universidade de Brasília (UnB), cansara-me de Belo Horizonte. Durante o curso médico, tornei-me um militante de esquerda. A sensação de fazer parte de um grande movimento em prol da justiça e da democracia deu novo significado e sabor a minha vida. No entanto, os partidos e agrupamentos de esquerda me provocavam uma sensação insuportável de confinamento. Foi assim com uma seita trotskista que frequentei durante ano e meio e depois também com o Partidão. Nunca consegui alívio dentro do clima abafado das organizações partidárias, e isto apesar de clima mais relaxado do Partidão e do Partido dos Trabalhadores a que me filei mais tarde. Uma saída de compromisso que encontrei foi a militância em saúde, que me garantia o bem-estar de consciência, mas também uma autonomia muito maior do que a de quando militava em partidos de esquerda.

É, foi bem isto o que aconteceu. A medicina tinha um poder grande de atração tanto sobre jovens carreiristas, quanto para outros com vocação hu-

manista. As possibilidades de trabalho eram imensas, mesmo assim vários médicos de minha geração escolheram o caminho de menor prestígio da saúde pública. É que a vontade militante de mudar o mundo ia mudando a nós mesmos, e foi ela que estabeleceu as pontes por onde transitei entre a medicina e a saúde pública. Sem esse império moral não sei se, hoje, ainda seria sanitarista. Sim, porque em 1970 eu cheguei a Brasília disposto a fazer tudo aquilo que eu não fizera nos últimos três anos em BH. Fazer e fazer, não suportava mais apenas observar e analisar, eu queria ser todo ação e assim quase foi: seis anos metido no olho de um redemoinho. Quase escrevi ‘furacão’, o que seria um exagero. O vendaval passara, 1968 era passado. Influyente, mas passado. E a década de 1970 foi um redemoinho comparado com o final de 60.

Se antes eu era análise, comecei o curso de medicina sem me autorizar a medir coisa nenhuma. Vivía os momentos, seguia o fluxo das coisas, sem exame de consciência, cansara-me de pesar e de medir cada ato com os valores da tradição severa, autoritária e protestante que herdara: o culto ao trabalho, à carreira profissional, à honra e à honestidade. E a escravidão ao julgamento alheio e ao olhar onipresente da sociedade ou de Deus. Em Brasília, sonhei livrar-me de tudo isto, esquecendo-me de que haviam sido instituídos em minha cabeça. Mesmo assim, durante algum tempo, não pensar muito funcionou e foi bom enquanto durou. Depois, aproveitando-se de momentos de distração, ou de quando descansava das brigas contra a morte, ou de quando lambia as próprias feridas, em todas estas ocasiões de descuido, os meus antigos valores foram retomando seu reinado e me vi obrigado a lidar com eles de outra forma, mas isto já é outra história, passada em outro tempo...

O curso de medicina. Em 1970, a UnB, concebida por Darci Ribeiro e companhia, ainda não fora destruída e minha formação médica foi bastante diferente daquela de outras escolas espalhadas pelo país. Grande número de contemporâneos formados em Brasília escolheu fazer saúde pública. Havia um básico comum para a área biológica: um ano revendo o que eu já aprendera no Colégio Universitário (evolução, genética, inglês, química orgânica, fisiologia e bioquímica). Novidades poucas. Depois foram três anos dedicados a ‘blocos temáticos’. Grandes sistemas em que uma equipe multidisciplinar de docentes, oriundos de vários departamentos, responsabilizava-se pelo curso (nomeados de ‘blocos’), tratando de integrar conhecimentos dis-

persos pelas especialidades. A cada bloco estudávamos citologia, embriologia, histologia, anatomia, fisiologia, patologia e algumas pitadas de clínica e de saúde pública referentes ao sistema em questão. Nos dois últimos anos, migrávamos para hospitais e ambulatórios ligados à Escola, em que se sucediam cursos sob o regime de internato. Ensino prático de clínica e de medicina comunitária (que era então o nome dado à saúde pública). Tudo muito moderno, quase pós-moderno. Um método de ensino muito próximo ao hoje perseguido pelas reformas curriculares que assolam as faculdades de medicina. Trinta anos depois. Este modelo foi destruído, ao final da década de 1970, por um conluio conservador entre o Capitão de Mar-e-Guerra Azevedo, então reitor (interventor) da UnB, e médicos-professores, descontentes com aquela mixórdia.

Logo no primeiro ano, em 1970, entrei com tudo no movimento estudantil. Havia uma guerra declarada entre a reitoria – o interventor militar – e a maioria da universidade: professores, alunos e funcionários. Em maio deste ano, organizamos uma manifestação de massa em frente ao Ministério da Educação. Em plena Esplanada dos Ministérios, escrevemos frases com nossos corpos. Era a ‘era Medici’, jogo duro. Tudo o que não havia falado antes, falei naqueles anos de luta estudantil. Reuniões intermináveis. Prosas longuíssimas varando noite. Ainda no primeiro semestre, como me destacara nas mobilizações, fui contatado pela Aliança Libertadora Nacional (ALN) e Ação Popular (AP), agrupamentos esquerdistas e, em distintas proporções, comprometidos com a luta armada. Eu não temia a repressão, a sensação de invulnerabilidade dos jovens, mas não queria matar ninguém. Tampouco me atraía a idéia de morrer em nome sei lá do que fosse. A essa predisposição pessoal juntaram-se as ponderações contrárias à luta armada de companheiros ligados ao Partido Comunista (o Partidão) e à IV Internacional (os trotskistas). Também a eles devo minha sobrevivência. Logo em seguida, Honestino Guimarães e outros militantes dos dois primeiros agrupamentos foram presos, torturados e assassinados.

Somente pensei no que significava ser médico quando, no segundo ano, ao iniciar um dos blocos, me meti em uma sala de anatomia e lá reencontrei minha inimiga declarada: a morte. Matriculei-me, imediatamente, em algumas disciplinas do curso de letras e me enfiei na Biblioteca Central da UnB, lendo de tudo um pouco: Freud, Autran Dourado, Rabindranah Tagore, Whittman, Melaine Klein, Campos de Carvalho. Duvidava de minha voca-

ção médica, mas não me preocupei muito porque, junto, fui tratando de me preparar para, um dia, escrever. Um escritor que não escrevia ainda. A vida girando e eu tranqüilo, o futuro estava escrito: mirando-me no espelho, eu somente enxergava o escritor. Um romancista que não se autorizava a produzir ficção, mas... Alguma poesia eu rabiscava, péssima, muito mais reflexões pessoais do que arte. A Biblioteca Central da UnB era fantástica. Cheia de recantos tranqüilos, onde se podia esconder da aspereza da vida cotidiana. E havia milhares de livros. Lá descobri a psicanálise e Antonio Gramsci, duas fontes das quais nunca me desgrudei completamente.

Então: cursava medicina, fazia política, preparava-me para tornar-me escritor e festejava muito. Afinal, era a década de 1970 e a maioria dos alunos da UnB não era originária da cidade. Vivíamos integralmente a universidade: Grama I, Grama II e III, ironizávamos sobre a experiência que era viver solto, flanando pelos imensos gramados que rodeavam os prédios das faculdades. Ao ar livre, nos reuníamos para planejar modos de subverter a ordem, para cantar, namorar, um monte de coisas. Assim, o curso médico ocupava um canto pequeno em minha vida e eu o suportava com estoicismo.

Não sei se escolhi mal ou se era moda naquele tempo a tal da lingüística estrutural, o fato é que não suportei os cursos da Faculdade de Letras. Eu não fora para lá para fazer análise de discurso e contar palavras, e... Tranquei matrícula e procurei a Escola de Comunicação, jornalismo, talvez. Foi então, era o terceiro ano, que dois professores – Carlile Lavosier e João Bosco – convidaram alguns alunos para trabalhar, em um bairro da periferia, com medicina comunitária. Pronto, encontrei meu canto na medicina, foi paixão. Esqueci-me do jornalismo e me meti com tudo na medicina, encontrara meu caminho dentro da escola médica: o da saúde pública. Desde essa época mesclaram-se, para mim, a militância política e o exercício profissional. Em nome da saúde pública, dediquei-me a terminar o curso de medicina.

Muito do que aprendi em medicina preventiva e social foi graças a atividades extracurriculares. Esforço autodidata e dedicação generosa de alguns professores. Com colegas estudantes de Belo Horizonte, do Rio de Janeiro, de Campinas, organizamos as Semanas de Saúde Comunitária, as Sesacs. Participei do comitê que promoveu a I Semana em Belo Horizonte (1974) e a II Semana, em Campinas (1975). Foi então que ouvi, pela primeira vez, alguns mestres: Cecília Donnangelo, Sérgio Arouca, Hésio Cordeiro. Entre os organizadores destas Sesacs estavam vários dos especialistas e pesquisado-

res em saúde coletiva de minha geração: Eymard Vasconcelos Mourão, Francisco Campos, Igor del Guercio, Antônio Ivo, entre outros (Centro Acadêmico Alfredo Balena, 1974).

Em 1975, no encontro em Campinas, ouvi o então professor Sérgio Arouca pela primeira vez. Cabelos escorridos e longos, testa avançando cabeça adentro e uma magreza profética. Nunca me esquecerei do Arouca na tribuna criticando o governo militar por não enfrentar os grandes problemas de saúde da população. Ele citava o caso da poliomielite, lembrando que o Brasil tinha recursos financeiros e técnicos para controlar ou erradicar a doença e que não o fazia por absoluto desrespeito ao interesse popular, faltaria vontade política ao governo. Aquele raciocínio me pareceu absolutamente novo e radical: o papel do sujeito na história. O tema da vontade e do poder.

Em 1976, o encontro nacional da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência foi em Brasília. Estes encontros haviam se transformado em fóruns de luta contra a ditadura. Neste ano, David Capistrano e José Rubens, alunos do primeiro curso curto de saúde pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), foram ao congresso com uma proposta de criação de uma revista, a *Saúde em Debate*, e de um Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Articulados com o grupo liderado por Arouca, que havia se mudado para o Rio de Janeiro em função de perseguições que sofrera em Campinas (SP), promoveram várias discussões durante o congresso. Conversando com José Rubens e David Capistrano, ex-residentes de preventiva da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), decidi que no ano seguinte iria para São Paulo formar-me sanitarista. O ingresso nos cursos curtos ocorria por meio de concorrida seleção pública. Era necessário me preparar e, com uma série de outros colegas da medicina de Brasília, resolvemos ‘migrar’ para São Paulo.

Sanitarista, enfim

Sanitarista. A quem estamos nos referindo quando utilizamos essa palavra/conceito? Ao especialista em saúde coletiva, com certeza. Ainda que hoje em dia, em 2005, o termo haja caído em desuso. Talvez porque quase não sejam mais formados especialistas com visão geral em saúde coletiva. O campo se fragmentou bastante, e há como que uma separação entre os mun-

dos da epidemiologia, das ciências sociais aplicadas à saúde, da gestão e do planejamento, da vigilância sanitária e epidemiológica. As instituições de ensino moldaram-se a esse contexto oferecendo cursos para cada uma dessas subespecialidades, havendo como que um vazio quanto à formação de sanitaristas. Há quem defenda a criação de cursos de graduação para os sanitaristas generalistas. Outros, simplesmente, não reconhecem a necessidade desse tipo de profissional. Esquecem-se de que a maioria dos de nossa geração, a geração dos hoje formadores, foram formados no passado, em geral, como sanitaristas. Somente depois nos especializamos nessa ou naquela área da saúde coletiva.

Outro dado curioso: minha formação de sanitarista, na segunda metade da década de 1970, foi concomitante à fundação do novo conceito operante de saúde coletiva. O ano de 1978 é considerado o marco originário de quando a saúde pública brasileira foi rebatizada de saúde coletiva. Na realidade, mais do que uma troca de nomes, houve uma redefinição de valores e do modo de se conceber o processo saúde e doença (Donnangelo, 1983). Talvez em virtude dessa ligação do termo sanitarista com o passado autoritário da saúde pública, muitos preferiram denominar-se especialistas em saúde coletiva, ou simplesmente indicar a área a que estão ligados: epidemiologistas, gestores, educadores etc.

Pois bem, nesse mesmo ano eu concluía minha especialização em saúde pública e começava a trabalhar na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. O certificado que recebemos deixava claro nossa identidade – especialização em saúde pública – e nosso título – sanitarista. Ainda quando, nessa mesma época, um grupo representativo de professores e de especialistas da área estivesse decretando a morte da saúde pública e o nascimento de uma nova era: a da saúde coletiva.

Como na década de 1970 alguém poderia se transformar em sanitarista? Especificamente, em meu caso, em médico-sanitarista? Havia algumas residências de medicina preventiva e social e havia cursos de especialização oferecidos pelas poucas escolas de Saúde Pública, destacavam-se pela importância e regularidade de funcionamento a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e a FSP/USP. Estes últimos admitiam graduandos de todas as profissões; as residências, somente médicos. As residências duravam dois anos e eram cursos voltados para a prática, pelo menos em teoria, já que, na realidade, havia certa dificuldade em se

estruturar estágios em saúde coletiva. Contemporâneos me relataram que em suas residências de medicina preventiva a prática consistia em clínica de ambulatório, com pouca atividade junto à comunidade ou em campo. Em Belo Horizonte, em Campinas, na Preventiva da USP, os residentes estudavam epidemiologia, muito marxismo e ciências sociais, quase sempre temas macroestruturais. Os cursos de especialização duravam um ano, eram teóricos e estruturados segundo a concepção tradicional de saúde pública.

Em São Paulo, logo depois de epidemia de meningite, entre 1972 e 1975, assumiu a Secretaria de Estado da Saúde o médico Walter Leser. Ele se considerava um sanitarista, era professor da Escola Paulista de Medicina e se voltara para o estudo da bioestatística e da epidemiologia. Identificava um estrangulamento no sistema de saúde pública nacional e paulista. A confirmação dessa crise estaria na mortalidade infantil crescente e nas epidemias que se sucediam sem que o Estado tivesse capacidade para detê-las, como fora o caso recente da meningite e da poliomielite. Apesar do fechamento político do regime militar, ele teve autonomia para montar uma equipe de técnicos comprometidos antes com a saúde do que com razões de estado ou de governo e, com eles, elaborar um projeto de reforma e dinamização da emperrada estrutura sanitária da Secretaria de Estado (Abramo, 1986). Otávio Mercadante, Zilah Abramo, Eurivaldo de Almeida Sampaio, Pedro Dimitrov, entre outros, tinham, quase todos, origem na esquerda católica ou comunista e, mesmo assim, assumiram importantes funções no aparelho de Estado.

Foi um destes paradoxos que sacodem a lógica hegemônica. Na ocasião, fazia-se política em função da estreita visão de segurança nacional compartilhada pelos militares no poder e também segundo os tradicionais imperativos de alianças de cúpula entre a elite do país. Na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, entre 1975 e 1983, abrandaram-se estes imperativos conservadores em função de lograr-se maior eficácia no controle de grandes problemas de saúde. Observe-se que esse projeto não incluía a reorganização da prática médica como mais tarde pretenderia o movimento sanitário. Seu objeto de intervenção eram programas de promoção ou prevenção voltados para alguns problemas sanitários.

Entre outras estratégias, Walter Leser resolveu promover uma ‘injeção de sangue novo no sistema’, formando e contratando quinhentos novos sanitaristas em cinco anos. Era um projeto integrado em um convênio com a FSP/USP. Estabeleceu-se o oferecimento de cursos ‘curtos’ e sintéticos de

saúde pública para médicos, com duração de quatro meses e em regime de dedicação exclusiva. Havia dois cursos por ano. Ao mesmo tempo, a Secretaria de Saúde criou a carreira de médico-sanitarista, realizando dois concursos por ano enquanto durou este projeto. Os médicos-sanitaristas eram considerados autoridades sanitárias locais e tinham monopólio do exercício da direção dos serviços de saúde pública do Estado: centros de saúde, distritos sanitários e assessorias de planejamento ou de programas especializados. Exigia-se o diploma de especialização em saúde pública, documento ainda não fornecido pelas residências de medicina preventiva, razão por que grande número de residentes ingressou também nos cursos ‘curtos’ (Belisário, 1993).

Em 1976, eu fazia residência de clínica médica em Brasília, havia me casado recentemente e, apesar de tudo isso, cismei de fazer saúde pública em São Paulo. Com essa determinação, fui aprovado na seleção e ingressei, em 1977, como aluno do terceiro curso curto.

Quando cheguei, em 1977, a FSP/USP era um mundo desconhecido para mim. Curso de Especialização em Saúde Pública e, logo em seguida, 1978, em Planejamento em Saúde. Foram cursos aplicados, dirigidos para formar quadros para a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. O modelo de saúde pública vigente era uma variante modernizada e ampliada da velha maneira de se operar com campanhas sanitárias. Diversos programas verticais eram organizados, destinados a controlar grandes epidemias ou a proteger grupos populacionais expostos. Em São Paulo, havia sido constituída uma rede de Centros de Saúde que deveriam executar estes programas. Havia programas de controle da tuberculose, hanseníase, outras endemias ou epidemias, bem como programas de puericultura e pré-natal. Ações de vigilância sanitária e epidemiológica também eram previstas. Os programas tratavam-se de protocolos clínicos e normas de prevenção com instrumentos concretos de planificação. Regras e normas para o atendimento eram estabelecidas e recursos para o seu desenrolar eram previstos (Gonçalves, 1994). Era uma espécie de antecipação do que mais tarde viria a ser conhecido como diretrizes clínicas e talvez até mesmo da denominada atenção gerenciada. Nosso curso tratava essencialmente de nos capacitar para gerir estes programas.

Havia ainda temas gerais como ‘Estado e Políticas Públicas’, ‘Educação e Comunicação’, ‘Sistemas de Saúde’, ‘Teorias da Administração’, quase todos ministrados com importante grau de afastamento do campo da saúde. Saltava-se de um extremo a outro: do pragmatismo dos programas, passáva-

mos ao estudo das escolas de administração sem nenhuma referência a sua aplicação na saúde. Em 1978, eu já era médico sanitarista da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e, um ano depois, diretor de um Centro de Saúde em Santo André (SP).

Autorizei-me a aprender mais com alguns docentes do que com outros. Reinaldo Ramos me impressionou, apresentou-nos uma tradição sanitária brasileira sem máscaras: glória e mediocridade, soluções e temas encenados. Foi a primeira vez que ouvi sobre a possibilidade de organizar-se sistemas de atenção integral à saúde. Era um ardoroso defensor da integração entre saúde pública e clínica, principalmente por meio de unidades mistas de atendimento. Era sábio e singelo, foi eleito paraninfo de nossa turma. Eurivaldo de Almeida Sampaio e Pedro Dimitrov, bem mais jovens e bastante ligados ao momento político: eram da universidade e da rede de serviços. Cruzavam de um espaço a outro e me serviram de exemplo. Com eles aprendi a importância e a possibilidade de articular teoria e prática. Zilah Abramso, a protetora dos sanitaristas, e diretora informal do curso.

Com alguns colegas também aprendi muito: David Capistrano transformou-se em um interlocutor especial, discutíamos sobre filosofia, política e saúde. Além de culto, ele sonhava com tomar o céu de assalto, era bastante irreverente, criativo e ousado. Sempre foi estimulante conviver com ele. José Rubens de Alcântara Bonfim indicou-me o caminho das pedras: por meio dele fui construindo meu rumo na saúde pública. Cáritas Relva da Silva, Maria Haydée de Lima, Luis Cecílio, Francisco Lacaz, Paulo Elias, éramos tantos... e éramos tão solidários! Havia um *pathos*!

Em 1981, ingressei no mestrado de medicina preventiva e social da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os professores eram Guilherme Rodrigues da Silva e Cecília Donnangelo, uma academia apenas os dois sozinhos. Todas as disciplinas que ofereciam, eu as cursava. Ricardo Bruno, Amélia Cohn (minha orientadora), Júlio Litvoky, Moisés Goldbaum, os docentes jovens, todos formados no espírito da saúde coletiva.

Na realidade, aprendia-se para além das salas de aula. O movimento sanitário vivia seu auge. Toda semana líamos e debatíamos com paixão algum trabalho novo: dos brasileiros, franceses, italianos, latino-americanos. Mario Testa, Foucault, Berlinguer, Canguilhem, Donnangelo, Basaglia. Líamos muito e aplicávamos aquilo na luta política, nos serviços de saúde e em projetos de investigação. Toda semana havia alguma conferência, seminário,

curso, criava-se a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) (Nunes, 1996). Em São Paulo, a Associação dos Médicos Sanitaristas e o Cebes haviam criado espaços coletivos de educação continuada.

Fui eleito presidente do Cebes/SP para o biênio 1978/79 e, logo depois, participei da direção do Sindicato dos Médicos de São Paulo. Criáramos o Movimento de Renovação Médica, que vinha disputando influência com o pensamento médico tradicional. Não posso separar o que aprendi nos cursos formais daquilo que incorporei trabalhando ou militando. Cecília Donnangelo, por exemplo, assessorou a elaboração do programa que apresentamos para concorrer ao sindicato. Foram quase tantas horas de convivência quanto o tempo dos cursos da USP. Participei de oficinas, cursos de extensão, me recordo de um sobre atualização em tuberculose, outro sobre hanseníase, e outros, perdi a maioria destes comprovantes, ou nunca os reclamei, a velha birra com os certificados e análogos...

Eu trabalhava em Santo André, morava em São Paulo, estudava na Avenida Dr. Arnaldo, no quarteirão da saúde, era da diretoria do sindicato, que ficava próximo à Praça da Sé, e ainda filiara-me ao Partidão, pertencia à ala dos ‘euro’ (corrente moderada influenciada por Gramsci e seguidores). Passava três horas em ônibus, trens, circulando de um canto a outro. Nestas viagens, eu estudava: li Gramsci, saúde pública, romances. Na ocasião, havia descoberto Adorno, Marcuse, Benjamin, e os devorava reconhecendo neles um desdobramento atualizado da filosofia da práxis. Meu escritório se encontrava em vagões, ônibus; e a escrivania, nas imensas pastas de couro que arrastava de um para outro lugar. Talvez daí advenha a dificuldade que me ficou em tratar temas de modo sistemático, eram tantas as interrupções que isto me influenciou o estilo de investigar e de escrever. Um assunto cruzando outro, tudo misturado, quebrado, recorrente; às vezes obedecendo a alguma objetividade, outras não. Quem sabe foi isto, não?

Os saberes e os vazios que nos conformavam

Bem, poderia resumir que eu, sanitaria – assim com a maioria dos meus colegas –, era um amálgama de várias correntes ou escolas. Havia a tradição da medicina comunitária, toda uma teorização sobre educação em saúde e organização popular, que fundamentalmente pensava o trabalho

sanitário como um componente em prol da revolução e da emancipação popular. Estar perto do povo, na periferia, nos bairros pobres, entre os trabalhadores e, em decorrência, trabalhar na atenção primária (Vasconcelos, 1999). Este componente nos aproximava da teologia da libertação e de outros movimentos de esquerda basistas. Segundo estes ensinamentos, deveríamos ocupar espaços em centros de saúde e trabalhar de modo paciente e sistemático pela conscientização e organização do povo. Desta corrente se originou o movimento da Educação Popular em Saúde, bem como o hoje emergente movimento de Saúde da Família.

Era uma época em que o estruturalismo havia conquistado corações e mentes de toda uma geração. Althusser no marxismo, Lacan na psicanálise, Lévi-Strauss na antropologia e epistemologia, Foucault já modificava as ciências sociais aplicadas à sua com seus estudos sobre a clínica e sobre a loucura. Foram inúmeras as teses sobre Estado, políticas públicas e sobre o então famoso complexo médico-industrial. Cecília Donnangelo, com base neste referencial, havia elaborado duas teses que influenciaram o campo da saúde coletiva. Em *Medicina e Sociedade* (Donnangelo, 1975), ela analisou o trabalho médico procurando demonstrar sua subordinação à economia e aos grandes interesses políticos de dominação; em *Saúde e Sociedade* (Donnangelo, 1976), tomou a medicina comunitária como objeto de análise, concluindo que estes projetos eram funcionais ao desenvolvimento do capitalismo e à manutenção do *status quo*. O que se constituía em um quíproquó, uma vez que o movimento sanitário tanto se valia do trabalho em medicina comunitária para sobreviver e fazer política supostamente a favor da mudança e dos oprimidos, quanto pretendia assegurar a todos os brasileiros o acesso ao atendimento médico e a outras benesses produzidas pelo complexo médico-industrial.

Apoiado neste referencial, vários estudiosos do processo saúde e doença, em geral epidemiologistas, desenvolveram na ocasião uma extensa crítica à compreensão médica tradicional sobre esse processo, elaborando toda uma teoria sobre a determinação social deste processo. Esta vertente iria justificar a ampliação do espectro de intervenção da saúde coletiva, já que reformas sociais democráticas e que redistribuíssem renda teria um papel essencial na produção de saúde (Laurell e Breilh, 1976). Por outro lado, este tipo de análise reforçou o quíproquó antes mencionado ao passar a idéia de que revolução e reformas assegurariam por si só a saúde. Havendo como que certa subestimação do papel do saber e das ações sanitárias, fossem elas clínicas ou mesmo específicas da saúde pública.

Próximo disto, mas apontando em outro sentido, havia o marxismo reformulado de Gramsci, dos eurocomunistas e de outras correntes que almejavam humanizar e democratizar o comunismo. Esta perspectiva nos levava a pensar o Estado, partidos políticos, movimentos sociais e reformas sob uma nova perspectiva, radicalmente democrática. Este ensinamento nos empurrava para a militância diretamente política, em sindicatos, partidos e movimentos. Esta corrente era criticada pelo excesso de voluntarismo e por autorizar os militantes a sentirem-se participando das reformas sociais em qualquer posto que ocupassem nas organizações privadas ou públicas. Valorizavam a luta política e cultural.

Em certo congresso organizado pela Associação dos Médicos Sanitaristas do Estado de São Paulo, montou-se uma mesa para analisar as mudanças no país: caminhava-se para a democracia e o fim da ditadura militar e houvera algum avanço nas políticas de saúde. David Capistrano, dirigente comunista da linha reformista, interpretava estas mudanças como sendo um resultado da pressão exercida pelos movimentos sociais, um fenômeno explicado pela política. Eduardo Jorge, sanitaria que trabalhava na zona leste da cidade de São Paulo, onde liderava um poderoso movimento popular ligado à saúde, e que se apoiava na tradição da medicina comunitária e no marxismo de viés estrutural, pontificava em outra direção. Para ele, as mudanças eram resultantes de uma adaptação a que os governantes foram obrigados em função de determinantes econômicos: a ditadura começara a atrapalhar o crescimento da economia e a ampliação do acesso a ações de saúde se deveria à necessidade de mão-de-obra saudável para a indústria e os serviços. Uma interpretação que privilegiava os determinantes macroestruturais econômicos e o papel de controle social do Estado e dos governos. Fazia frio e chovia na ocasião. Apesar do clima ameno, esquentaram os ânimos entre os debatedores, estimulados que estavam pelo público que também se dividira. Primeiro, iniciaram com uma troca de insultos verbais para, logo em seguida, passar a um empurra-empurra que terminou em um duelo de espadachins que usavam seus guarda-chuvas como se fossem espadas. Depois se acalmaram e o encontro prosseguiu. Não me lembro de nenhuma intervenção ponderando que talvez os dois tivessem razão e que se tratasse de um fenômeno complexo, e que poderia ser explicado em função da agregação e da ação simultânea de uma série de fatores, a saber: determinantes econômicos, ação do Estado de cima para baixo e pressão de movimentos sociais em

sentido contrário. Não, funcionávamos como torcidas de futebol, já escolhêramos um lado antes dos argumentos serem apresentados.

Valorizávamos os acontecimentos, as grandes emoções, e procedíamos como se cada gesto ou cada palavra nossa tivesse transcendência e significado histórico. Esta seriedade quase religiosa, se por um lado preenchia o vazio de nossas existências, por outro tornava-nos intolerantes com a diferença e intransigentes com qualquer outro projeto que não o nosso particular.

Um fato curioso: um sanitarista filiado à associação se ofereceu para gravar o congresso em vídeo, uma novidade naquela época. Anos depois soubemos que ele era um agente secreto e que filmava para o Serviço Nacional de Informação.

Apesar de todo este verniz erudito, estava muito presente no ambiente cultural sanitário paulista dessa época a programação em saúde, tida como uma maneira racional e eficaz para se organizar as ações em saúde pública. Além disso, era esse o saber oficial e que orientava o trabalho dos sanitaristas na Secretaria de Estado da Saúde. Por meio dele, nos informávamos sobre novidades em vacinas, controle de doenças infecciosas e métodos para vigilância sanitária e epidemiológica (Schraiber, 1990).

A confluência de todas estas vertentes teóricas nos estimulava à erudição reflexiva e crítica, à pesquisa e à aproximação da vida acadêmica. Interessante constatar, entretanto, que durante meu primeiro trabalho como sanitarista, entre 1978 e 1982, no Centro de Saúde de Utinga, em Santo André, eu não consegui integrar estes vários conhecimentos. Em decorrência, havia como que uma esquizofrenia entre o Gastão sanitarista e o outro, político. Durante quatro anos, durante o dia era um dirigente sanitário que se orientava pela saúde pública tradicional, aplicava o que aprendera sobre programação em saúde, organizando o atendimento a crianças, gestantes, tuberculosos e hansenianos conforme o estabelecido nas normas. Resumindo, era um sanitarista de planilha. Em consequência, eu não consegui me realizar profissional e pessoalmente no exercício cotidiano de minha função. O dia-a-dia no Centro de Saúde era aborrecido, os métodos de gestão das equipes de saúde eram limitados e ineficientes, os médicos eram denominados de ‘consultantes’ tão somente, profissionais que se trancavam em seus consultórios por uma hora ou duas ao dia, atendiam pacientes de forma mecânica e depois iam embora. O contato com usuários era pobre e, quando era produtivo, valia-se de algum pretexto de ordem política, luta contra a dita-

dura, apoio a greve dos metalúrgicos do ABC em 1978, 1979 e 1980, pretextos que não faltavam naquele período de grandes mobilizações políticas. No entanto, não conseguíamos estabelecer pontes com a saúde. Talvez a peculiaridade de estar no ABC, exatamente nesse período de renovação da vida sindical e de criação de um novo partido, e trabalhando com famílias que dependiam pouco do sistema público de saúde – a maioria tinha convênio médico –, explique essa dicotomia. Outros colegas sanitaristas, trabalhando em outros bairros da capital do estado ou pelo interior, conseguiram ligação estreita do movimento social com a luta sanitária (Jacobi e Nunes, 1981).

Com certeza, há o papel e a responsabilidade do sujeito singular, no caso eu mesmo, nesse descompasso: na realidade, nessa salada de influências, me deixei conduzir mais pela perspectiva das transformações macrosociais do que pelo trabalho de formiga com pequenos grupos. Ainda que tenha realizado muita reunião com comunidades e comitês de fábrica para discutirmos sobre saúde, sinto que no ABC havia um distanciamento entre meu trabalho como sanitarista e minha atividade política.

Durante a noite e nos fins de semana, era ativista de movimentos sindicais e partidos políticos. Primeiro esforçando para reformular o Partidão, dotando-o de uma política e de um pensamento democrático. Finalmente, depois de 1982, quando concluí que este era um esforço inútil, aderi com entusiasmo à construção de um novo partido, que, acreditávamos, faria política de uma maneira radicalmente democrática e construtiva, refiro-me ao Partido dos Trabalhadores.

Sanitaristas: a Abrasco e o SUS – o *pathos* em declínio?

Em junho de 1986, defendi a tese de mestrado na USP e ingressei logo em seguida no doutorado. Desta feita na Faculdade de Medicina da Unicamp, onde fora contratado como docente em 1983. O doutorado foi uma continuidade do meu processo de formação em saúde coletiva.

Em 1985, cumpri, em Águas de Lindóia (SP), um curso de capacitação para docentes de gestão e planejamento em saúde, organizado pela Abrasco. Isto me propiciou uma convivência estreita com docentes do Rio de Janeiro (Ensp/Fiocruz e Universidade do Estado do Rio de Janeiro). Sérgio Arouca, Mario Hamilton, Adolfo Chorny, Jaime de Oliveira, José Noronha,

entre outros. Em São Paulo, os mestres nos remetiam para os clássicos, para a Europa. Os cariocas falavam do Brasil, de criar-se um sistema público de saúde, da rede de serviços, de métodos e instrumentos práticos e apoiavam-se, principalmente, na tradição sanitária veiculada pela Organização Mundial da Saúde, em Mario Testa e Carlos Matus. Tudo isso sem perder a visão crítica, todos eram opositores à ditadura e defendiam a criação de um sistema público de saúde (Oliveira, 1988).

Este curso teve um papel importante em minha formação. Estes professores, já naquele período, estavam comprometidos com a construção de um sistema público de saúde que fosse universal, equitativo e assegurasse atenção integral aos brasileiros. Ressaltavam a importância das várias frentes de atuação do movimento sanitário: a legislativa que deveria transformar este projeto em leis e normas, o esforço junto à opinião pública, movimentos sociais e partidos políticos para que se transformassem em atores ativos em defesa do que seria o SUS. Em função disso, como que ampliaram o foco de meu olhar – excessivamente voltado para o Estado de São Paulo e para o espaço técnico da saúde pública – e de minhas preocupações: tratava-se de um movimento nacional em prol da instituição de uma reforma do Estado e das políticas públicas brasileiras. Na realidade, estes professores começavam a nos capacitar para planejar e dirigir sistemas de saúde e não somente programas preventivos.

Durante cinco anos, entre 1983 e 1988, como professor do departamento de medicina preventiva da Unicamp, tornei-me coordenador do projeto de integração docente assistencial em Paulínia (SP), uma cidade a 18 quilômetros de Campinas. Havia um Centro de Saúde Escola na cidade, onde estagiavam alunos de medicina e enfermagem. Este projeto fora iniciado na primeira metade da década de 1970 pela equipe da qual Sérgio Arouca fazia parte. Com a repressão política de 1975, ele e sua equipe viram-se obrigados a afastar-se de Campinas e do projeto. O professor Nelson Rodrigues do Santos retomou e ampliou o projeto na linha da atenção primária e medicina comunitária, eu o substituí em 1983. Neste período, em parte graças ao contato com a saúde pública carioca e também em virtude da melhor definição do projeto do movimento de Reforma Sanitária, em 1986 ocorrera a 8ª Conferência Nacional de Saúde que sintetizou e consolidou, em linhas gerais, a política de saúde que iríamos perseguir nos vinte anos seguintes. De qualquer modo, conse-

gui integrar melhor todas estas variantes com meu trabalho cotidiano, quer como professor, quer como sanitaria inserido no nível local. Trabalhei pela criação de um distrito-escola, de uma rede de centros de saúde articulados com um hospital geral, um pronto-socorro e equipes dedicadas especificamente à saúde coletiva. Havíamos incorporado os conceitos e as ferramentas típicas dos sistemas públicos de saúde, nesse sentido antecipávamos o que viria a ser o SUS em 1988. O projeto terminou vitimado por seu próprio crescimento: em 1990, o prefeito da cidade rompeu o convênio com a universidade, já que a esta altura havia como que uma espécie de co-gestão entre estes dois órgãos públicos, e o prefeito queria autonomia para implantar sua própria política. No caso, infelizmente, ele optava por um estilo personalista e clientelista de gestão.

De sanitaria eu me transformara em gestor, um novo conceito funcional que marcaria boa parte dos militantes do movimento sanitário durante as duas décadas seguintes. Outros se transformaram em epidemiologistas, outros professores e pesquisadores. Além do mais, profissionais com formação diversificada passaram a se envolver com temas do novo sistema público e mesmo da saúde coletiva.

O ajuste econômico neoliberal somente chegou ao Brasil no início da década de 1990 com o governo Collor de Melo. Ao final da década de 1980, ocorreu a derrocada do denominado socialismo real, fato concomitante a uma ampla ofensiva ideológica e cultural de crítica ao Estado de Bem-Estar Social e a outros valores considerados de esquerda. Esta onda pegou forte no Brasil, tanto que nos 15 anos seguintes o governo federal manteve, em linhas gerais, políticas econômicas e sociais fortemente inspirados neste novo liberalismo.

Neste contexto, o *phatos* do sanitaria em defesa da vida, bem como a existência de pessoas devotadas ao bem comum ou a valores e instituições, passou a ser considerado um anacronismo. Não obstante o poder avassalador deste novo modo de encarar a vida, um descompromisso radical com tudo que não seja o interesse próprio, um modo de ser semelhante ao dos gafanhotos, ao de predadores que devoram e destroem a própria casa ou organização graças à qual sobrevivem, pois bem, não obstante esta nova maneira nômade de viver, esta tendência a não construir vínculos com pessoas ou com instituições, não obstante tudo isto, com os sanitarias vêm se passando algo distinto. Não que permanecêssemos imunes a estes valores.

Em alguma medida, todos são influenciados e estão obrigados a lidar e a negociar com essa realidade. É que grande número de sanitaristas ainda conseguiu fazer carreiras em organizações públicas, particularmente no SUS e em universidades.

O sanitarista tende a ser um funcionário do Estado. Raro é quando se encaixava na iniciativa privada, ainda que hoje em dia seja um pouco mais freqüente este tipo de vínculo, a carreira sanitária costuma se integrar estreitamente à burocracia estatal. Na década de 1990, os sanitaristas se dividiram entre trabalhar no SUS e em universidades, criando, por meio da Abrasco, um sólido sistema de pós-graduação, pesquisa e docência (Minayo, 1997). Por outro lado, ainda que o SUS tenha sido criado em um momento desfavorável a políticas de bem-estar social, conseguiu-se um crescimento importante como que remando contra a maré do neoliberalismo. Um paradoxo, sustentado em grande medida pela capacidade de o movimento sanitário ir criando diques contra essa maré montante. Com a participação de outros técnicos, os sanitaristas criaram nichos específicos no novo sistema: ampliaram-se os organismos dedicados à vigilância sanitária e à epidemiologia, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a Secretaria de Vigilância à Saúde no Ministério da Saúde e em várias outras congêneres dos estados e municípios. Um fato curioso é que, em geral, a ocupação destes cargos não tem sido monopólio dos sanitaristas. Em vários concursos, o Ministério da Saúde, por exemplo, abre vagas para funções específicas – programa de sarampo, controle da dengue, DST/Aids – admitindo profissionais com ou sem especialização em saúde pública.

De qualquer modo, o SUS e as universidades públicas têm funcionado como espaços protetores, onde ainda é possível imaginar-se a formação de compromisso entre o interesse e o desejo pessoal do profissional e a própria lógica de funcionamento dessas organizações. Em razão disso, temos conseguido sobreviver como funcionários públicos apegados a interesses corporativos e a valores numa reedição contemporânea do antigo servidor prussiano.

Com o tempo e de tanto trabalhar sob a ordem alheia, muitos entre nós ambicionaram assumir diretamente o poder, quer como político eleito para função representativa no parlamento, em universidades ou no Poder Executivo, quer ocupando cargo de confiança como ministros, secretários ou assessores de governos. Assim, um grande número de sanitaristas experimentou a função de gestor em circunstâncias diferentes daquela que havíamos

experimentado em São Paulo. No caso, assumindo uma postura muito mais política e entrando para valer no jogo pela disputa pelo poder. A carreira de sanitaria do Estado de São Paulo, criada por Walter Leser, se assemelhava à do Poder Judiciário: os sanitaristas eram empossados como autoridade sanitária e detinham grande autonomia funcional. Não ocupavam cargos de confiança. Uma situação muito peculiar que foi modificada em meados da década de 1980, ao final do governo de Franco Matoro, que, sob o pretexto de terminar com o monopólio do exercício dos cargos de direção da Secretaria de Estado por sanitaria, terminou extinguindo a própria carreira e, até mesmo, a incorporação de novos sanitaristas ao plantel existente.

Minha trajetória não foi novamente distinta da dos meus colegas. Desde o final da década de 1980, tenho transitado entre funções de gestão no SUS e de docência e pesquisa na Unicamp. De 1992 a 1994, a preocupação em juntar coisas: política com gestão; gestão com análise institucional; mudança social com reconstrução da subjetividade – 1968 se materializando. Em 1989, fui nomeado secretário de Saúde de Campinas, convidei Mario Hamilton e Mario Testa para me ajudarem como consultores. Mario Hamilton apoiou-me ensinando modos práticos para se lidar com uma organização bastante complexa. E Testa se transformou em meu mestre, ‘ideal do ego’, guru.

A Secretaria de Saúde de Campinas/SP fora dirigida por Sebastião de Moraes e Nelson Rodrigues dos Santos, ambos impulsionaram o desenvolvimento de uma extensa rede de atenção primária à saúde, que combinava a tradição da programação com novas orientações advindas do movimento de saúde comunitária. Apesar disso, quando assumi a secretaria, em 1989, gastava-se apenas 6% do orçamento em saúde. Em três anos, conseguimos triplicar este orçamento, dando uma nova dimensão à rede municipal de saúde.

Àquela altura, final da década de 1980, eu já me especializara dentro da saúde coletiva. Centrava meu esforço no campo das políticas, da gestão e do planejamento, deixando a epidemiologia como um recurso de apoio. Sempre que pensava em política, planejamento, gestão e trabalho, pensava também nos sujeitos que os elaboravam, defendiam e os punham em prática; intrigava-me o modo como o faziam, apoiados no aparelho de Estado, pressionando e negociando com o Estado, valendo-se de instituições, movimentos etc. Pretendia compreender os movimentos e as práticas sociais que os vários agrupamentos realizavam objetivando apoiar a Reforma Sanitária ou opor-se a ela.

Há algum tempo eu levantara a hipótese de que a reforma oficial de saúde passava ao largo da preocupação com a mudança do modelo de atenção. Ou seja, pretendia investigar as mudanças ocorridas no modelo de gestão e de atenção à saúde, relacionando-as com o movimento de implantação da Reforma Sanitária e com as resistências que lhe eram interpostas por outras forças sociais. Nesta ocasião, vários outros pesquisadores e sanitaristas digiram seu olhar nessa mesma direção, na busca de novos modelos e de encontrar soluções operativas para a rede pública de serviços. Com certeza, se valeram de óculos distintos e, portanto, chegaram a projetos também diferentes: ressalte-se o esforço em torno da elaboração de uma teoria para sistemas locais de saúde, distritos sanitários (Mendes, 1993), promoção em saúde e cidades saudáveis (Paim, 1992).

Na minha opinião, o caráter restrito da reforma oficial poderia ser demonstrado pela prioridade concedida às modificações administrativas; no caso, à descentralização e integração/unificação das instituições de saúde. Não que me opusesse ou negasse a importância destas medidas. Apenas argüia sobre os seus limites, sobre o baixo impacto que teriam sobre modelo de atenção e sobre a democratização do aparelho estatal. E, de fato, pouco se mencionava nos documentos oficiais de criação do SUS críticas ao modelo de atenção à saúde ainda marcadamente biomédico. As diretrizes para a mudança dos padrões de assistência ainda eram muito vagas: faltava a elaboração de projetos consistentes para reformular a atenção básica, a saúde coletiva ou a política para hospitais, médicos etc.

Por outro lado, estabelecia-se uma equivalência entre descentralização e democratização, supondo-se que a transferência de poder aos estados e municípios faria desaparecer os conflitos de interesse, o clientelismo, a privatização e a burocratização da coisa pública. Eu levantei a tese de que estas duas diretrizes davam apenas um passo, e que haveria um deslocamento da disputa entre os projetos de saúde para as regiões e os municípios.

Em geral, em trabalhos posteriores, desenvolvi e aprofundi estas hipóteses e, em grande medida, posso até afirmar que definiram minhas prioridades de investigação do período seguinte: a análise de modelos de atenção e de gestão, reconstrução de suas diretrizes e métodos de operar, procurando situá-los em contextos políticos e culturais concretos. De qualquer modo, o SUS nascia com bastante dificuldade, o contexto era desfavorável a políticas públicas, e eu insistia em inventar-se uma reforma da reforma. Em várias

ocasiões perdi a justa medida e me meti em polêmicas e enfrentamentos desnecessários e inconvenientes.

Pois bem, em 1989, quando assumi a Secretaria de Saúde de Campinas/SP, pretendia colocar em prática essa tal reforma da reforma. Apresentei, então, um projeto de reformulação do modelo de atenção e de gestão do sistema que, em alguma medida, resume minha linha de investigação da década de 1990 e, até mesmo, o projeto político com que reassumiria a Secretaria de Campinas em 2000 e a Secretaria executiva do Ministério da Saúde em 2003:

- Alteração radical da organização da rede básica, melhorando sua capacidade de resolver problemas de saúde tanto por meio de medidas de caráter coletivo, quanto de atenção individual. Defendia explicitamente o desenvolvimento da capacidade de atenção clínica, inclusive priorizando-se o atendimento à demanda e reorganizando-se a relação entre clientes e equipes de saúde de maneira à ‘vincular todos os membros de uma dada família aos mesmos profissionais’. Com o mesmo objetivo, sugeria que fossem nomeados profissionais de referência para cada território com suas famílias, escolas, creches, comunidades, empresas, fortalecendo um trabalho horizontal e constante que permitisse a construção de vínculos entre equipe e pacientes e entre equipe e comunidade. A ênfase no trabalho clínico, o respeito e a criação de instrumentos que permitissem a interlocução com a demanda e mesmo a defesa de construção de vínculo (definir responsabilidades de maneira formal) entre equipe e famílias, eram temas abominados pelo senso comum sanitário da época. A clínica não valia muito a pena, sua principal função seria de controle social; a demanda ‘espontânea’ seria produzida pela instituição médica e pelo mercado, não indicando outras carências;
- Investir na construção de uma infra-estrutura e de organizações voltadas para o desenvolvimento de ações típicas de saúde pública, tanto ao nível central quanto em cada unidade local – apesar de todos os discursos em prol da promoção e da prevenção, identifiquei, na prática, como eram pobres as intervenções com este caráter. Haveria de se modificar a organização e as responsabilidades das equipes, reservando-se tempo específico para este tipo de trabalho. Por outro, aparecia já nessa ocasião a consideração de que as equipes de saúde não conseguiam sozinhas encarregar-se de todas as responsabilidades com a promoção e prevenção, sendo conveniente a presença de especialistas em saúde pública, com objetivo de apoiá-las e de desenvolver alguns programas de forma mais ou menos autônoma;

- Reestruturar o modelo de funcionamento e a relação de policlínicas, equipamentos intermediários especializados e hospitais com a rede básica, repensando papéis e distribuição de recursos para todo o sistema. Aqui a ênfase recaía sobre a necessidade de se unificar a gestão de toda a rede, ampliando-se o âmbito da municipalização e da regionalização;
- Realizar uma radical reforma da estrutura administrativa, dos mecanismos de gestão e da organização do processo de trabalho de forma a recuperar a credibilidade do serviço público. Foi nessa época que iniciei a construção das diretrizes e do novo método de gestão que iria pesquisar e desenvolver na década seguinte. Uma reforma capaz de terminar com o espírito de inércia, de descompromisso, de conservadorismo, tão comum entre amplos setores do funcionalismo público. Esta não seria uma tarefa simples, parecia mesmo utópica. “Quem ousar verá. Quem não, também”, escrevi na ocasião.

Sobre a reformulação do modelo de gestão, apareciam ainda algumas propostas concretas: a) autonomia de gestão para cada serviço e para cada equipe de saúde, radicalizando o processo de descentralização iniciado. Autonomia relativa porque cada serviço ou cada equipe se subordinavam ao sistema de saúde, bem como às diretrizes, aos objetivos estratégicos e às metas definidos em instâncias superiores; b) redefinição do papel do coordenador, do planejamento e da criação de um sistema participativo de gestão, com colegiados intra-serviços e conselhos que ligassem a equipe à sociedade e ao sistema. Ou seja, manter autoridade que garantisse o funcionamento do sistema e, ao mesmo tempo, democratizá-lo; c) desmonte dos departamentos especializados e organogramas verticais, que obedeciam à lógica das corporações e não ao objetivo e objeto de trabalho. Fim da organização com base em departamentos de enfermagem, médico, odontologia, serviço social e criação de unidades de produção que se organizassem segundo a lógica do produto comum ou de um conjunto de tarefas claramente identificáveis. A transformação da equipe interdisciplinar em unidade gerencial, com poder para pensar projetos, modelos etc.; d) construção de um sistema de avaliação de desempenho mediante um processo de negociação e de contratos que tanto avaliasse como orientasse o sentido do trabalho (indicadores construídos e negociados coletivamente e que servissem como metas planejadas para o trabalho).

Apresentei estas diretrizes como documento para debate junto aos quadros da secretaria e aos conselhos de saúde então existentes. Parte do sugerido transformou-se em programa do SUS local e outra parte foi rejeitada ou teve sua implantação adiada. A reorganização da prática clínica por meio da instituição formal de mecanismos de responsabilidade e de vínculo não foi aprovada, sendo alegadas razões de fundo e outras operacionais. Como éramos um sistema democrático, mesmo sendo secretário recolhi a proposta e fiquei a estudá-la, esperando ocasião mais propícia para experimentá-la. O que somente ocorreria alguns anos depois, em serviços de saúde mental e de DST/Aids de Campinas e na rede pública de Betim (MG) e, somente em 2000, eu voltaria a apresentá-la em Campinas, quando foi finalmente aprovada.

Na década de 1990, me vi obrigado a cuidar do subjetivo: dos outros e do meu próprio. Aprofundar conhecimentos sobre o sujeito. Terapia, grupos, análise institucional. Esforço autodidata. E tome Freud. E cursos e supervisão com Arthur Hippólito de Moura e Regina Benevides de Barros. Os dois, e Mario Testa, abriram-me o mundo das instituições. E tome Deleuze, Guattari, Lapassade, Pichón-Rivière, Lourau, e Freud e Lacan, e Dolto e Winnicott, e Sartre e Mario Testa. Já era o esforço parcialmente solitário que iria desembocar em minha tese de livre docência. A formação continuava, com menos cursos e mais estudo e reflexão sobre as práticas sociais. E tome conferências de saúde, 9ª, 10ª, 11ª, 12ª, todas, sucesso de público, mas foi me ficando a sensação de um coletivo que se repetia, que voltava obsessivamente aos mesmos temas e aos mesmos conflitos, uma reiteração do ideário elaborado em 1986. Uma ou outra variação, um ou outro acréscimo. Pouca reflexão sobre as dificuldades concretas da política de saúde. Cresceu a Abrasco, no entanto, quase desapareceram os cursos de especialização e residências em medicina preventiva. Em Campinas, teimamos em manter o curso de especialização fundado pelo professor Nelson R. dos Santos em 1983. Teimosia pura.

Crítico da perspectiva funcionalista com que se vinha estudando o tema da gestão, sempre me perguntava se, sem perder sua função pragmática, seria possível pensar-se a gestão segundo métodos históricos e dialéticos? Como conseguir pensar a gestão de organizações e de instituições tanto como um espaço específico e especializado, como também um prolongamento da política? Se o poder articulava-se desde macro e micropoderes, valeria também pensar sua democratização nestas duas dimensões e não principalmente em

sua dimensão macroestrutural, conforme a tradição. Identifiquei a gestão, ao mesmo tempo, sendo determinada pela política e pelo contexto, e determinando as políticas e o contexto. A gestão tanto um instrumento de controle social, quanto útil à mudança, as duas coisas combinadas em distintas proporções, conforme os determinantes histórico-estruturais e a capacidade de intervenção dos sujeitos. Foi o primeiro passo que me ajudou a pensar a política em instituições. A reconhecer que os sujeitos tanto sofriam quanto construíam as circunstâncias, quer quando se conformavam ou quando se rebelavam contra a vida instituída. Lembranças do internato salesiano: o ressaibo amargo que ficara... O subjetivo influenciando a escolha dos temas a serem investigados. Quem não reconheceria a ligação entre o que se passou em Goiânia e a democracia em instituições? A livre docência que defendi no ano 2000 continuou perseguindo este objetivo: como pensar e operar com equipes considerando-as como sujeito coletivo?

Investiguei também linhas de reformulação para o saber e a prática em saúde coletiva, advogando a adoção de metodologia construtivista, interativa entre técnicos e comunidade, desde o momento do diagnóstico, ao da definição de prioridades e de programas. Outra linha desenvolvida neste período refere-se ao tema do trabalho em equipe e da reformulação dos métodos de gestão. Busquei a construção de justificativas e de métodos que me permitissem combinar elementos de marxismo com psicanálise, análise institucional e conhecimentos de planejamento e gestão. Estudei tanto reformas na estrutura e no funcionamento dos processos de trabalho e das organizações de saúde, quanto os modos de produção de subjetividade e de constituição do sujeito. Procurei analisar o paradoxo entre atribuição de responsabilidade e autonomia profissional; entre controle do trabalho e democratização institucional; entre especialização, interdisciplinaridade e polivalência no trabalho em equipe. Para enfrentar estes temas, trabalhamos a reconstrução dos conceitos de campo e núcleo; a aplicação dos conceitos de alienação e de transferência ao trabalho em saúde; realizando-se uma crítica aos modelos de avaliação de desempenho e a influência dos modos de pagamento na produção de subjetividade e na conduta dos profissionais. Estes estudos objetivavam reconhecer a condição de sujeito nos processos de gestão de pessoal, levantando os temas da sobrevivência e da produção de obra; bem como reafirmar a defesa da vida como eixo estruturante das práticas em saúde.

Foi um aquecimento para a livre docência e para a elaboração do Método Paidéia. Estes estudos foram como que andaimes que fui montando e sobre os quais comecei a construir *Um Método de Análise e Co-gestão de Coletivos Organizados para a Produção*. Daí em diante, iniciou-se um novo século, outras memórias, com certeza, talvez...

Referências bibliográficas

- ABRAMO, Z. W. *Médicos-sanitaristas: 1976-1982, uma trajetória de conflitos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1986.
- BELISÁRIO, S. A. *Médico-sanitarista: as muitas faces de uma ocupação*, 1993. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- CENTRO ACADÊMICO ALFREDO BALENA. *Nêmesis*. Revista preparatória para a I Semana de Medicina Comunitária. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 1974.
- COETZEE, J. M. *Juventude: cenas de uma vida na província II*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- DONNANGELO, M. C. F. A pesquisa na área de Saúde Coletiva no Brasil: a década de setenta. In: *Abrasco – Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. v. 2, 1983.
- DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- DONNANGELO, M. C. F. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- FLAUBERT, G. *Educação Sentimental*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1983.
- GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.
- JACOBI, P. & NUNES, E. *Movimentos Populares Urbanos, Poder Local e Conquista da Democracia*. Rio de Janeiro: Paz e Terra/Cedec, 1981.
- LAURELL, A. C. & BREILH, J. Alguns problemas teóricos y conceptuales de la epidemiologia social. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, 1(1): 79-89, 1976.
- MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.
- MINAYO, M. C. Pós-graduação em saúde coletiva: um projeto em construção. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2 (1/2): 53-71, 1997.

- NUNES, E. D. Saúde Coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1(1):55-69, 1996.
- OLIVEIRA, J. A. Para uma teoria da reforma sanitária: democracia progressiva e políticas sociais. *Revista Saúde em Debate*, (20): 38-47, 1988.
- PAIM, J. S. La salud colectiva y los desafíos de la practica. In: *La Crisis de la Salud Publica: reflexiones para el debate*. Washington: Opas, 1992.
- SCHRAIBER, L. B. *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SCLIAR, M. O pathos do sanitarista. *Saúde em Debate*, 24(55): 104-106, 2000.
- VASCONCELOS, E. M. *Educação Popular e Atenção à Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 1999.

PARTE II

Temas Centrais para o Desenvolvimento do SUS

5. AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS BRASILEIROS: DUAS DÉCADAS DE MUDANÇAS (1980-2000)

José Carvalho de Noronha
Telma Ruth Pereira
Francisco Viacava

As duas últimas décadas do século XX registraram profundas mudanças no Brasil e no mundo. Os 25 anos da idade de ouro do capitalismo mundial do pós-guerra, com a grande expansão do Estado de Bem-Estar Social nos países centrais, encerraram-se definitivamente. O bloco socialista liderado pela União Soviética ruiu. Os países africanos ao sul do Saara desapareceram na cauda da história e do mundo, desmantelados ainda mais pela Aids. Os sopros de crescimento da América Latina evanesceram e encerraram-na num desesperado ciclo em busca de si mesma. Os sonhos libertários de inspiração bolivariana e guevarista, que animaram a juventude febril da década de 1960, foram destruídos.

Foi o período onde a circulação do capital financeiro pelo mundo atingiu níveis e volumes inimagináveis por ficcionistas inspirados, onde o poder no mundo concentrou-se com uma intensidade e centralidade de tal magnitude que surgiram profecias de ‘fim da história’, fixando a nova era da supremacia absoluta do mercado e do indivíduo autonomizado até de si próprio. Foi também o período da expansão da tecnologia da informação e comunicação, tornando uma parte significativa do mundo mais perto e veloz.

Ao mesmo tempo em que a Aids surgia e explodia em todo o mundo, especialmente nos países africanos, atingindo a cifra de mais de quarenta milhões de pessoas infectadas pelo HIV, a tecnologia médica e os avanços da medicina preventiva passaram a permitir que a esperança de vida ao nascer passasse dos 75 anos em praticamente todos os integrantes da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que reúne os países mais ricos do mundo, e que as taxas de mortalidade infantil chegassem a menos de quatro por mil nascidos vivos em alguns desses países.

Para a América Latina, citando José Maria Ocampo, foram duas décadas de luzes e sombras (Cepal, 2001), assolada pela estagnação econômica, difusão do receituário neoliberal de abertura comercial, desregulação, privatização, diminuição do papel do estado e primazia da remuneração do capital financeiro nos gastos públicos. É verdade que as reformas implementadas, sobretudo a partir da década de 1990, permitiram, em alguns casos, minorar desequilíbrios fiscais, atrair capital estrangeiro, combater processos inflacionários e aprofundar mecanismos de integração regional. Por outro lado, os progressos na escala social foram incapazes, a despeito de melhorias em alguns indicadores, de diminuir a massa de pobres, reduzir as desigualdades, promover o crescimento econômico e distribuir riquezas.

Foi nesse contexto que o Brasil trafegou em direção à democracia política na década de 1980. A abertura da sociedade para o debate ampliado de suas opções de desenvolvimento e os avanços institucionais promovidos pela Constituição de 1988, sobretudo na área social, como foi o caso da Seguridade Social, tiveram que se confrontar simultaneamente com essas restrições de caráter político e econômico.

Assim foi também com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A inscrição do direito à saúde como preceito constitucional e a organização de um sistema universal e igualitário, de base descentralizada e financiado por fundos públicos, confrontaram-se diuturnamente com poderosas restrições fiscais e com a estagnação social de grandes contingentes populacionais. Separar as consequências de um e de outro processo sobre as condições de saúde da população brasileira não é tarefa simples. Entretanto, aqui e ali podem ser detectados com alguma nitidez os avanços e entraves que esses embates propiciaram.

O intenso processo de urbanização ocorrido nas últimas duas décadas do século passado gerou um rearranjo populacional, social e cultural. Hoje, mais de 80% da população vive em cidades. Embora as camadas pobres da população permaneçam marginalizadas nas cidades (periferias urbanas e favelas), houve melhoria no acesso aos serviços de saúde, principalmente a partir da organização do SUS, que estendeu a cobertura de serviços médico-sanitários a grandes contingentes da população brasileira de maneira universal e gratuita. Do mesmo modo, a vida urbana favorece, mediante os meios de comunicação, a disseminação de informações referentes à qualidade de vida, fato que deve exercer um papel importante nas mudanças de hábitos e comportamento em relação a fatores de agravo à saúde.

O Brasil ainda tem seu perfil de doenças fortemente marcado por determinantes socioeconômicos e ambientais, mas já se vê frente a situações onde a intervenção médico-sanitária e a mudança de estilos pessoais de vida afetam os níveis de saúde da população. Esta mudança no perfil de morbi-mortalidade é fruto de diferentes fenômenos, desde a mudança demográfica, das condições socioambientais até a interferência direta dos serviços de saúde.

No campo demográfico, o país experimentou no período compreendido entre 1980 e 2000 um sensível envelhecimento da população decorrente tanto da diminuição da mortalidade, quanto da queda da fecundidade, cuja taxa caiu 47,2%, com diferenças regionais importantes. Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, esta redução ultrapassou o valor de 50%, enquanto nas regiões mais desenvolvidas permaneceu abaixo do valor de 40%. (Tabela 1 e Figuras 1 e 2).

Tabela 1 – Taxa de fecundidade total segundo regiões. Brasil – 1980, 1991 e 2000

Brasil e regiões	Ano			Varição
	1980	1991	2000	1980/2000
Norte	6,4	4,2	3,2	-50,9
Nordeste	6,2	3,7	2,6	-57,3
Sudeste	3,5	2,4	2,1	-39,7
Sul	3,6	2,5	2,2	-38,8
Centro-Oeste	4,5	2,7	2,2	-50,4
Brasil	4,4	2,9	2,3	-47,2

Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

Figura 1 – Taxa de fecundidade total – 1991 (todos os estados do Brasil)

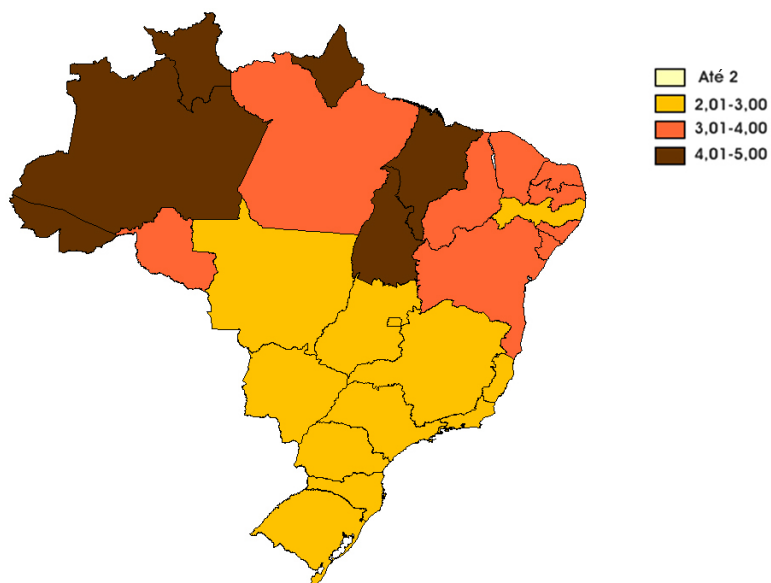
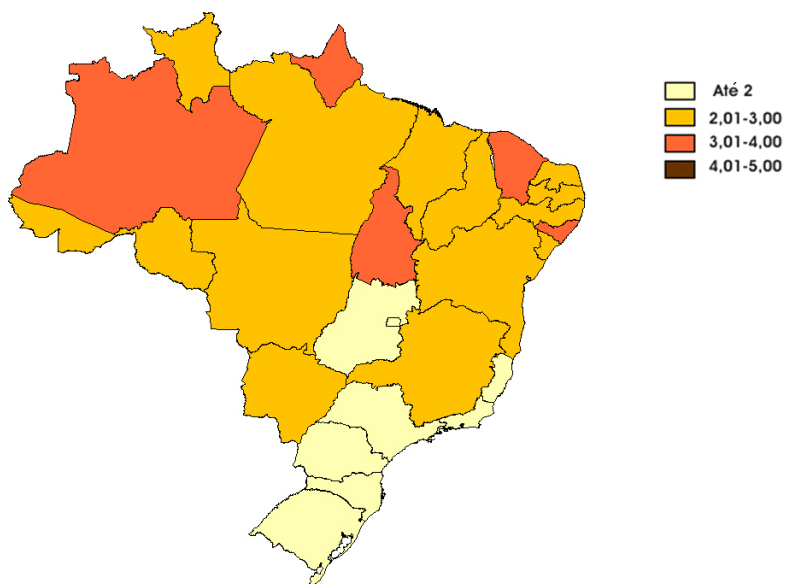


Figura 2 – Taxa de fecundidade total – 2000 (todos os estados do Brasil)



Fonte: *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. Disponível em: <http://www.fjp.gov.br/produtos/cees/idh/atlas_idh.php>.

A esperança de vida aumentou em 6,9 anos neste mesmo período, evoluindo de 61,7 anos para 68,6 anos, respectivamente, com maior variação no período de 1980 a 1991, e com incremento mais acentuado nas regiões Norte e Nordeste. Embora com alguma redução, persiste, ainda, a diferença entre o Sul e o Nordeste, que passou de 6,6 anos, em 1980, para 5,2 anos, em 2000 (Tabela 2).

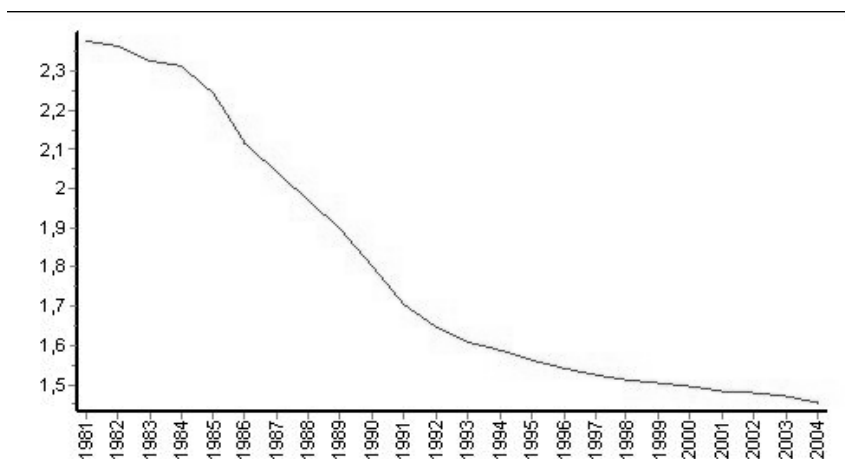
Tabela 2 – Esperança de vida ao nascer segundo regiões. Brasil – 1980, 1991 e 2000

Brasil e regiões	Ano		
	1980	1991	2000
Norte	61,3	65,5	68,5
Nordeste	58,7	65,7	65,8
Sudeste	64,5	67,6	69,6
Sul	65,3	68,8	71,0
Centro-Oeste	63,5	67,0	69,4
Brasil	61,7	66,0	68,6

Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

No final do milênio anterior, a população brasileira chegou a 169.799.170 habitantes, com progressiva tendência declinante nas taxas de crescimento (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Evolução da taxa geométrica de crescimento da população brasileira



Fonte: <www.ipeadata.gov.br>

Um novo perfil demográfico se desenhou, com redução da população jovem – a proporção de menores de 15 anos passou de 38,2%, em 1980, para 29,6%, em 2000 – e incremento da parcela de maior idade – a população de 65 anos e mais aumentou em 47% no período. O acelerado processo de urbanização reduziu o contingente de habitantes nas áreas rurais do país, atualmente menos que 20% da população total (Tabela 3).

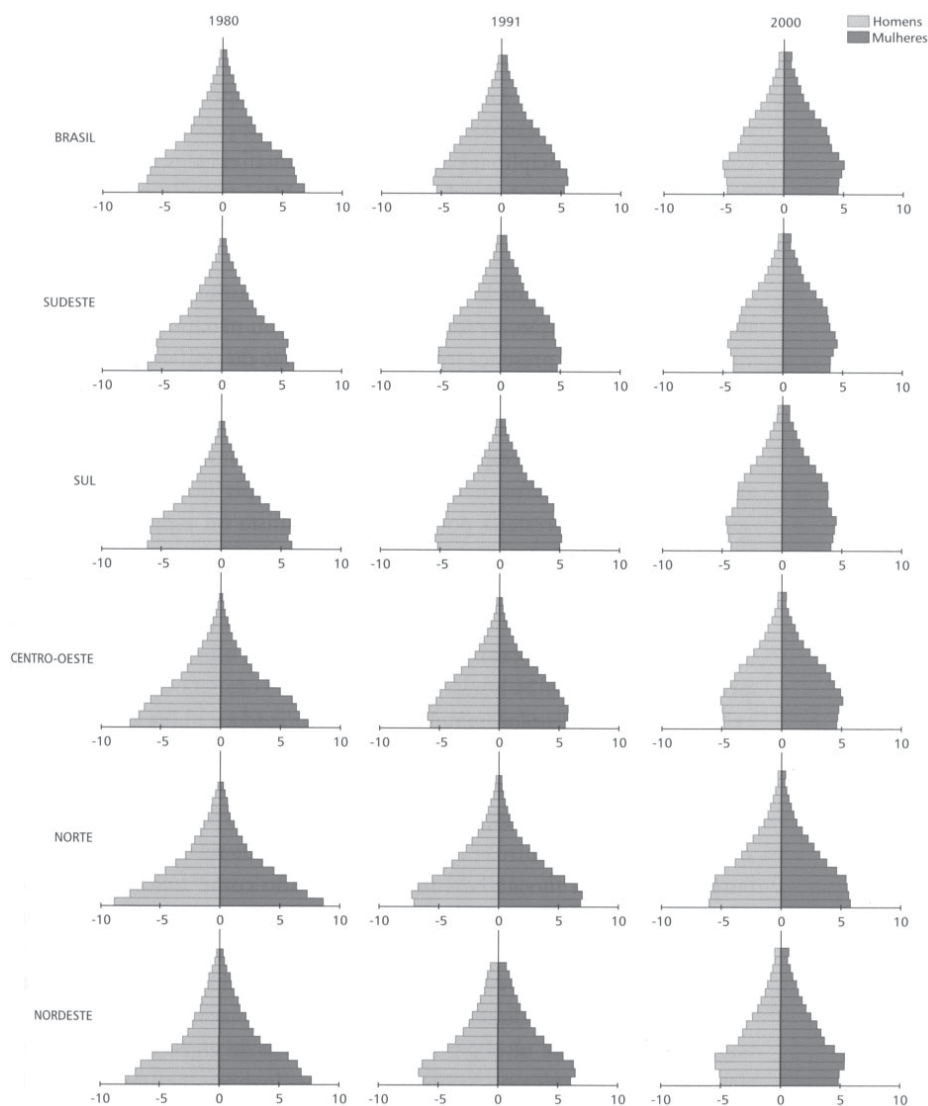
Tabela 3 – População total e proporção da população por sexo, grandes grupos de idade e situação do domicílio. Brasil – 1980, 1981, 1996 e 2000

	1980	1991	1996	2000
População total*	119.002.706	146.825.475	157.070.163	169.799.170
Por sexo (%)				
Homens	49,68	49,36	49,3	49,22
Mulheres	50,31	50,63	50,69	50,78
Por grandes grupos de idade (%)				
0-14 anos	38,2	34,72	31,54	29,6
15-64 anos	57,68	60,45	62,85	64,55
65 e mais anos	4,01	4,83	5,35	5,85
Por situação do domicílio (%)				
Urbana	67,59	75,59	78,36	81,25
Rural	32,41	24,41	21,64	18,75

* Inclusive a população com idade ignorada em 1980 e 1996.
Fonte: <www.ibge.gov.br> (Brasil em Síntese).

No tocante às regiões geográficas, as diferenças nas pirâmides populacionais demonstram que o processo de transição demográfica permanece em curso. As regiões Nordeste e Centro-Oeste ainda apresentam um número elevado de adultos jovens (Figura 3).

Figura 3 – Estrutura etária populacional* segundo anos censitários. Brasil e regiões – 1980, 1991, 2000



* População agregada por cinco anos.

Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

As condições sociais, econômicas e ambientais que envolvem os diferentes aspectos da vida social de grupos da população, abrangendo trabalho, moradia, produção, distribuição e consumo de bens e serviços, características climáticas e de saneamento básico e ambiental também sofreram mudanças importantes nesses vinte anos analisados.

Não obstante, a concentração de renda continua a ser um grave problema, tendo o índice de Gini variado de 0,584, em 1981, para 0,589, em 2002, persistindo a gritante situação de desigualdade no país. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),¹ em 1999 as regiões Sul e Sudeste apresentavam os menores índices (0,575 e 0,564, respectivamente), indicando menores desigualdades na distribuição de renda. Na região Nordeste, o índice chegou a 0,653, em 1989, tendo declinado depois para o valor de 0,587, em 1999.

No campo da educação, houve melhoras sensíveis, passando a taxa de alfabetização de 74,6%, em 1980, para 86,4%, em 2000, mantendo-se, ainda, a desigualdade, observada no contraste entre a taxa de alfabetização na região Nordeste – 73,8% – e aquela relativa à região Sudeste – 91,9%. A melhora foi mais acentuada entre as mulheres.

A população economicamente ativa passou de 38%, em 1980, para 46%, em 2000, e persiste um grande contingente de pessoas extremamente pobres. Nesses vinte anos, a proporção de pessoas abaixo da linha de pobreza, de acordo com os critérios do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea),² variou de 40,84%, em 1981, para 35,13%, em 2001, enquanto a proporção de indivíduos abaixo da linha de indigência variou de 17,28%, em 1981, para 15,25%, em 2001.³

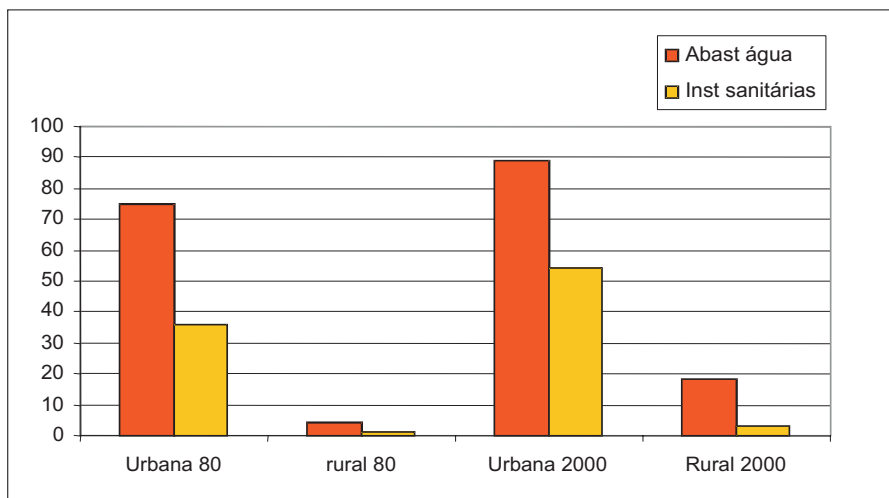
Nesse período, observou-se uma melhoria importante nas condições de saneamento básico, embora ainda de modo desigual no país: as regiões Norte e Nordeste apresentando menor incremento na cobertura por serviços de saneamento do que as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Além das diferenças regionais, persistem as diferenças entre o acesso da população rural e urbana, mais expressivas quando se consideram os serviços de esgotamento sanitário (Gráfico 2).

¹ Confira o site do instituto: <www.ibge.gov.br>.

² Confira o site do instituto: <www.ipeadata.gov.br>.

³ Segundo o Ipea, a linha de pobreza e indigência corresponde ao número de domicílios familiares cuja renda *per capita* é insuficiente para adquirir cesta de produtos alimentares para suprir o mínimo *per capita* de calorias diárias recomendadas pela Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO): 2.100 calorias.

Gráfico 2 – Proporção da população com acesso a saneamento básico segundo a situação urbana e rural. Brasil – 1980-2000



Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

O percentual de população coberta pela rede geral de abastecimento de água sofreu um incremento de 46%, variando de 52%, em 1980, para 76%, em 2000. Na região Nordeste, este aumento foi da ordem de 103% (de 32,5, em 1980, para 65%, em 2000).

Em 1980, 25% da população brasileira tinha acesso à rede geral de instalação sanitária. Em 2000, esta proporção passou a 44%. Os aumentos mais significativos ocorreram nas regiões Nordeste (360%), Sul (180%) e Centro-Oeste (154%). No entanto, a cobertura populacional ainda é baixa nestas regiões: 23%, 28% e 33%, respectivamente. Quando se considera a cobertura segundo instalações por fossa séptica, estas proporções aumentam para 36%, 62% e 40%, respectivamente, evidenciando as estratégias das políticas de saneamento básico. Mesmo assim, a região Nordeste apresenta, em 2000, uma cobertura inferior à media nacional em 1980 e cerca da metade da cobertura da região Sudeste.

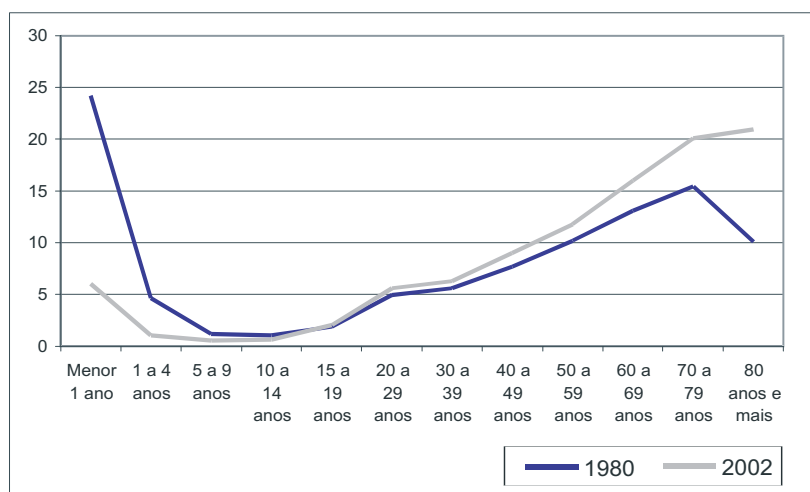
Quanto à coleta de resíduos sólidos, em 2000 a cobertura nacional era de 76%, um incremento da ordem de 27% em relação a 1980. Da mesma forma, há diferenças entre as regiões do centro-sul do país e as do Norte e Nordeste.

Situação de saúde

A mortalidade geral no Brasil diminuiu nestes últimos vinte anos, passando de 6,26 por mil habitantes, em 1980, para 5,6 por mil habitantes, em 2002, com expressões diferentes nas faixas etárias da população e significativa mudança na sua composição por grupos de causas, com importantes diferenças regionais.

A mortalidade proporcional por faixa etária mostra um deslocamento das faixas mais jovens para as mais velhas, como consequência principal da diminuição acentuada (67,3%) dos óbitos entre menores de um ano e aumento esperado das mortes nas faixas mais avançadas (60,70% de incremento na faixa de 60 a 69 anos) (Gráfico 3).

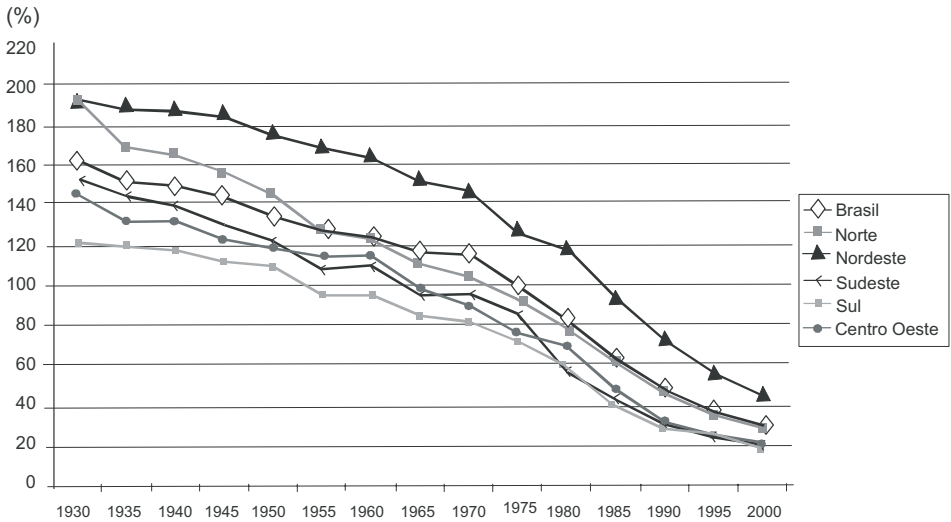
Gráfico 3 – Mortalidade proporcional por faixa etária. Brasil – 1980-2002



Fonte: <www.datasus.gov.br>

A mortalidade infantil apresenta uma tendência ao declínio desde as primeiras décadas do século passado, evoluindo de 158,3 por mil nascidos vivos no período de 1930 a 1940, para 45,3 por mil nascidos vivos em 1990 e 27,4 por mil nascidos vivos em 2001. Este resultado parece estar fortemente relacionado ao aumento de cobertura dos programas de saneamento básico, principalmente abastecimento de água, dos serviços de saúde, dos programas de saúde materno-infantil, das campanhas de vacinação e dos programas de aleitamento materno e reidratação oral (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Evolução da mortalidade infantil segundo regiões. Brasil – 1930-2000



Fonte: IBGE. Censos demográficos de 1940 a 1991 e Resultados preliminares do Censo 2000.

Esse processo ocorreu em todas as regiões do país com velocidades diferentes. As taxas de mortalidade na região Nordeste diminuíram de forma menos acentuada no período de 1940 a 1955 e, no período de 1955 a 1965, observou-se o aumento da velocidade do declínio médio anual, porém sempre se mantendo abaixo das taxas de declínio médio nacional. Já na região Sudeste, embora a velocidade de queda tenha diminuído de 1955 a 1975, as taxas de declínio anual foram sempre superiores às médias nacionais, exceto 1965 a 1975. Isso pode ter sido decorrência do intenso processo migratório ocorrido neste período, quando populações pobres se instalaram nas periferias urbanas dos grandes centros e favelas (IBGE, 1999).

Houve uma mudança no perfil de causas de mortalidade infantil de 1980 a 2000, principalmente decorrente do decréscimo da proporção dos óbitos por doenças infecciosas e aumento das afecções perinatais (Tabela 4).

Tabela 4 – Mortalidade infantil proporcional segundo os principais grupos de causas definidas e regiões. Brasil – 1980, 1990 e 2000

1980 - Região/grupos de causas	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
I. Doenças infecciosas e parasitárias	44,5	43,1	23,2	23,2	24,4	28,7
VIII. Doenças do aparelho respiratório	10,4	11,3	17,5	16,1	14,0	15,4
XV. Algumas afecções originadas no período perinatal	37,8	32,8	40,6	37,8	40,8	38,3
1990 - Região/grupos de causas						
I. Doenças infecciosas e parasitárias	31,8	27,7	12,6	14,7	16,7	18,1
X. Doenças do aparelho respiratório	11,4	11,9	15,1	15,2	11,9	13,9
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	43,5	45,9	52,2	47,7	50,5	49,4
2000 - Região/grupos de causas						
I. Doenças infecciosas e parasitárias	9,6	12,9	6,3	6,6	8,2	8,9
X. Doenças do aparelho respiratório	8,2	7,5	8,3	7,9	6,8	7,9
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatai.	65,2	62,1	61,3	56,7	57,8	61,2

Fonte: <www.datasus.gov.br>.

Verificou-se no período considerado um deslocamento na idade dos óbitos das crianças menores de um ano de idade. Em 1980, a proporção dos óbitos na faixa pós-neonatal era de 57,4% e, em 2000, passa a ser de 36%. A mortalidade neonatal precoce atingiu 50,2% dos óbitos naquele último ano.

Considerados apenas os óbitos por causas definidas, em todas as faixas compreendidas no primeiro ano de vida, houve incremento da proporção de mortes por afecções perinatais. Em 2000, 86,7% dos óbitos ocorridos no período de vida entre o nascimento até o sexto dia foram por afecções perinatais, assim como 76,1% das mortes no período entre o sétimo dia de vida e o vigésimo-sétimo, e 9,2% entre as crianças de 28 dias e um ano de idade. Nesse último grupo, houve redução percentual dos óbitos por doenças infecciosas: 46,9%, em 1980, e 27,1%, em 2000 (Tabela 5).

Tabela 5 – Evolução da mortalidade infantil proporcional precoce, neonatal e tardia. Brasil – 1980-2000

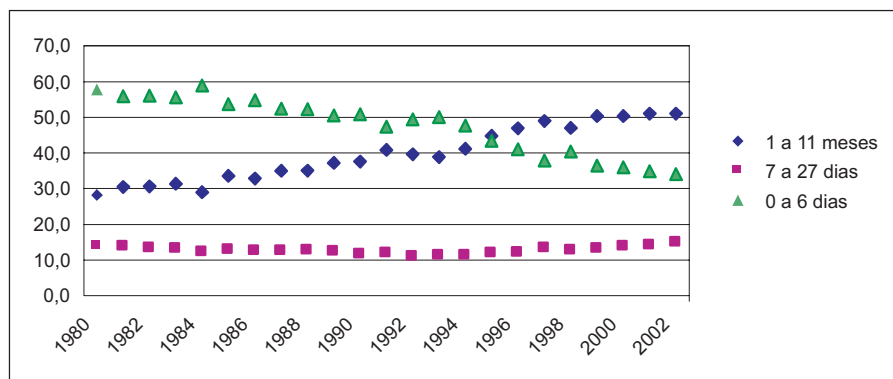
	1980	1991	2000
0 a 6 dias			
I. Doenças infecciosas e parasitárias	2,1	0,7	0,4
XV. Algumas afecções originadas no período perinatal	85,4	87,3	86,7
VIII. Doenças do aparelho respiratório	3,9	1,6	0,5
XIV. Anomalias congênicas	7,1	9,4	11,7
7 a 27 dias			
I. Doenças infecciosas e parasitárias	26,4	10,0	2,5
XV. Algumas afecções originadas no período perinatal	45,9	58,2	76,1
VIII. Doenças do aparelho respiratório	13,2	10,7	2,3
XIV. Anomalias congênicas	6,7	14,6	16,1
1 - 11 meses			
I. Doenças infecciosas e parasitárias	46,9	38,2	27,1
XV. Algumas afecções originadas no período perinatal	5,4	4,7	9,2
VIII. Doenças do aparelho respiratório	15,6	25,6	23,6
XIV. Anomalias congênicas	5,3	9,0	5,7

Fonte: <www.datasus.gov.br>

Segundo o Ministério da Saúde (2004), a taxa de mortalidade neonatal precoce apresentou discreta tendência ao declínio, diferenciada nas regiões do país, enquanto a mortalidade pós-neonatal caiu de forma acentuada e homogênea. Já a mortalidade neonatal tardia apresentou-se estável. A região Nordeste é aquela que mantém taxas mais elevadas, para todos os grupos de idade, quase três vezes maiores que a da região Sul na faixa neonatal precoce; cerca de duas vezes maiores que esta mesma região na faixa neonatal tardia; e quase três vezes maiores que as taxas para as regiões Sul e Sudeste na faixa pós-neonatal.

Este fato decorre das características específicas das causas de morte em cada faixa, sendo que nos grupos de idade mais precoces há uma dependência direta de cuidados assistenciais à gestação, ao parto e ao recém-nascido, enquanto na última faixa predominam as ações voltadas para o controle das doenças infecciosas, imunopreveníveis e desnutrição, além da melhoria das condições de vida, como o saneamento básico (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Evolução das taxas de mortalidade por faixa etária em menores de um ano. Brasil – 1980- 2002

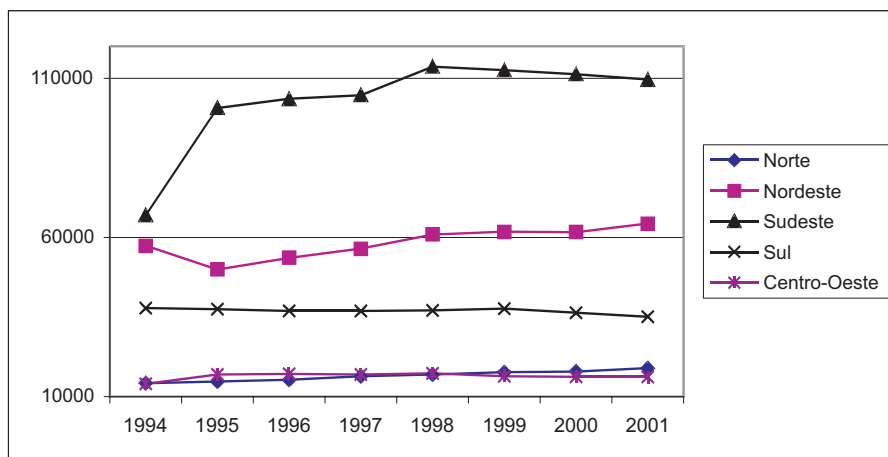


Fonte: <www.datasus.gov.br>.

A proporção de recém-nascidos com baixo peso variou muito pouco entre 1994 (8,75%) e 2001 (7,95%). No entanto, 45% dos recém-nascidos com baixo peso, em 2001, nasceram no Sudeste (109.564 crianças), enquanto 26% nasceram na região Nordeste. Do total de crianças nascidas com baixo peso em 2001, 46% nasceram em regiões metropolitanas, sendo que 41% nas regiões de São Paulo e Rio de Janeiro. E 43% (ou seja, 105.257 recém-nascidos) dessas crianças com condições especiais de nascimento nasceram nos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo (Gráfico 6)

Analisando estes dados segundo a condição da gestação, observa-se que houve incremento, entre 1994 e 2001, de quase 100% nos nascimentos de baixo peso oriundos de gestação pré-termo, fato esperado, enquanto o aumento nas gestações a termo foi da ordem de 17%.

Gráfico 6 – Número total de nascidos com baixo peso segundo a região.
Brasil – 1994-2001



Fonte: <www.datasus.gov.br>.

Outro fator que pode estar associado à mortalidade de crianças abaixo de um ano é a idade da mãe por ocasião do nascimento, devido tanto à imaturidade biológica quanto a dificuldades de natureza sociocultural. Comparando os anos de 1994 e 2001, verifica-se que não houve diferenças acentuadas no período, mantendo-se a mesma proporção. Ou seja, enquanto, em 1994, 0,7% dos nascidos vivos foram de mães com idade inferior a 15 anos, em 2001, esta proporção foi de 0,9%. Esta assertiva pode ser estendida para todas as regiões do país. No entanto, a comparação entre regiões demonstra que o percentual de nascidos vivos em adolescentes é quase duas vezes maior na região Nordeste em relação à região Sudeste.

A taxa de mortalidade em menores de cinco anos também sofreu queda acentuada entre 1980 e 1991, em todas as regiões. Entre 1991 e 2001, houve um aumento do indicador, nas regiões Norte e Nordeste (Tabela 6).

Tabela 6 – Taxa de mortalidade em menores de 5 anos por 10.000, segundo regiões. Brasil – 1980-2001

Região	1980	1991	2001
Norte	12,17	5,53	5,88
Nordeste	10,16	4,82	5,12
Sudeste	15,75	6,00	2,89
Sul	11,35	5,11	2,62
Centro-Oeste	10,38	5,06	3,49
Brasil	12,90	5,43	3,75

Fonte: <www.datasus.gov.br>.

Segundo inquéritos nacionais realizados em 1974, 1989 e 1996, a desnutrição (déficit na relação altura/idade) em crianças menores de cinco anos é crônica. Observou-se uma queda progressiva na desnutrição entre 1974 (32%, 3.865.815 de crianças) e 1996 (10,5%, 1.640.493 de crianças), um declínio anual de cerca de 1,02%. No entanto, estes resultados não ocorreram de forma homogênea no território nacional, evidenciando as desigualdades regionais.

As taxas de mortalidade por doenças crônico-degenerativas associadas ao envelhecimento continuam estáveis, embora tenham ocorrido mudanças na distribuição interna para alguns grandes grupos. Nota-se um aumento proporcional nos óbitos por neoplasias, por doenças das glândulas endócrinas, nutrição, metabolismo e transtornos imunitários e por enfermidades do aparelho respiratório, ao mesmo tempo em que ocorreu decréscimo proporcional nas mortes por doenças do aparelho circulatório (Tabela 7).

Tabela 7 – Mortalidade proporcional por grupos de causas definidas selecionadas na faixa etária de 60 anos e mais. Brasil – 1980-2002

Grupo de causas	1980		2002	
	Número	%	Número	%
Neoplasias	33.115	14,8	82.183	17,6
Glândulas endócrinas, nutrição, metabolismo e transtornos imunitários	9.296	4,2	35.718	7,6
Ap. circulatório	128.547	57,5	200.559	42,9
Ap. respiratório	20.472	9,2	70.227	15,0
Óbitos por todas as causas definidas	223.422	100,0	467.874	100,0

Fonte: <www.datasus.gov.br>.

A variação no número de óbitos por neoplasias, por doenças endócrinas, nutricionais, metabólicas, e por enfermidades respiratórias, entre 1980 e 2002, ultrapassou a variação populacional no mesmo período em todas as regiões (Tabela 8).

Tabela 8 – Variação no número de óbitos por grupos de causas selecionadas na faixa etária de 60 anos e mais e variação populacional, segundo regiões. Brasil – 1980-2002

Região	Variação relativa (2002/1980)				
	Neoplasias	Doenças Endócrinas, Nutricionais, Metabólicas	Ap. Circulatório	Ap. Respiratório	População
Norte	3,73	10,63	2,34	6,55	3,02
Nordeste	3,66	6,02	2,52	5,27	1,86
Sudeste	2,17	2,68	1,29	3,07	2,08
Sul	2,39	6,19	1,52	3,05	2,07
Centro-Oeste	4,24	8,24	2,73	4,91	2,53
Brasil	2,48	3,84	1,56	3,43	2,06

Fonte: <www.datasus.gov.br>.

O perfil de mortalidade por causas também sofreu alterações sensíveis nestes últimos vinte anos. Entre as cinco primeiras causas definidas de óbito em 1980, constavam: doenças do aparelho circulatório, causas externas, doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Já em 2000, as doenças infecciosas e parasitárias (DIP) perdem sua relevância anterior e as enfermidades das glândulas endócrinas, nutrição, metabolismo e transtornos imunitários ocuparam o quinto lugar. As causas mal definidas passaram, no período considerado, de 22,4% a 16,1% (Tabela 9).

Tabela 9 – Mortalidade proporcional por causas definidas. Brasil – 1980-2000

	1980	1991	2000
I. Doenças infecciosas e parasitárias	11,8	5,8	5,5
II. Neoplasmas	10,4	13,1	14,9
III. Glândulas endócrinas, nutrição, metabolismo e transtornos imunitários	4,3	5,4	5,8
IV. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos.	0,5	0,4	0,6
V. Transtornos mentais	0,3	0,6	0,8
VI. Sistema nervoso e órgãos dos sentidos	1,7	1,3	1,4
VII. Doenças do aparelho circulatório	32,1	34,0	32,1
VIII. Doenças do aparelho respiratório	10,1	9,7	10,9
IX. Doenças do aparelho digestivo	4,3	5,0	5,3
X. Doenças do aparelho geniturinário	1,6	1,6	1,6
XI. Complicações da gravidez, do parto e puerpério	0,4	0,2	0,2
XII. Doenças da pele e tecido celular subcutâneo	0,1	0,1	0,2
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	0,2	0,2	0,3
XIV. Anomalias congênitas	1,5	1,3	1,2
XV. Algumas afecções originadas no período perinatal	8,8	5,7	4,5
XVII. Causas externas	11,9	15,5	14,6
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: <www.datasus.gov.br>.

As doenças infecciosas e parasitárias, predominantemente determinadas por fatores socioeconômicos e ambientais e relacionadas diretamente ao abastecimen- to de água, ao tratamento de esgoto sanitário e à disposição do lixo, sofreram no período considerado (1980 a 2000) acentuado decréscimo em todas as regiões – 24.378 óbitos por estas enfermidades foram evitados no país.

Em contraposição, no mesmo período, o número de óbitos por causas externas aumentou em 56.338 mortes, em todas as regiões, 63,5% dos quais decorrentes de homicídios e agressões. Na região Centro-Oeste, para cada óbito evitado por DIP perderam-se quase sete vidas por causas externas e quase quatro por agressões. Na região Sudeste, para cada vida ganha decorrente do controle das DIP, perderam-se duas por agressões e homicídios (Tabela 10).

Tabela 10 – Número de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, homicídios e agressões, segundo a região. Brasil – 1980-2002

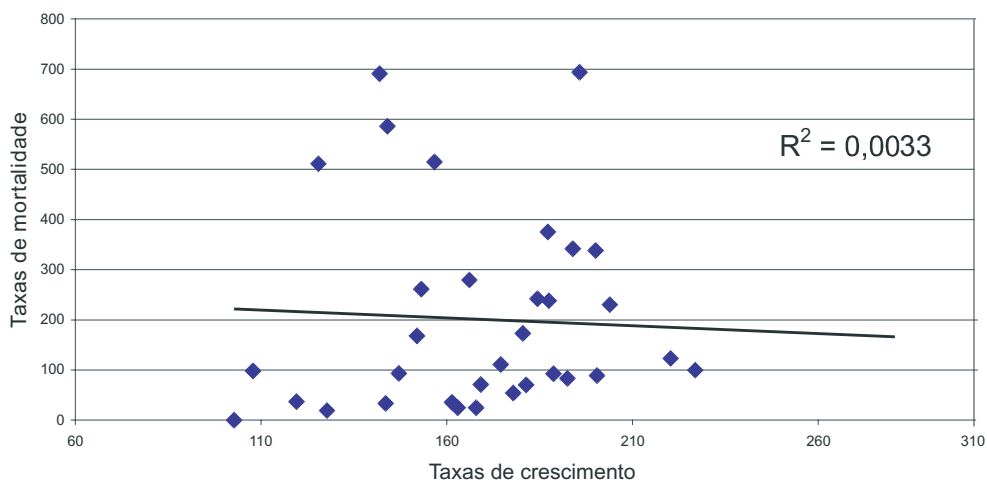
	DIP			Homicídios e agressões		
	1980	2002	Vidas ganhas	1980	2002	Vidas perdidas
Norte	5.478	2.967	2.511	604	2.943	2.339
Nordeste	20.925	11.721	9.204	2.870	10.965	8.095
Sudeste	31.011	21.314	9.697	7.856	27.423	19.567
Sul	8.129	5.939	2.190	1.705	4.723	3.018
Centro-Oeste	4.010	3.234	776	875	3.641	2.766
Total	69.553	45.175	24.378	13.910	49.695	35.785

Fonte: <www.datasus.gov.br>

Os resultados obtidos pela queda nos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias não só foram neutralizados como também ultrapassados pelas mortes decorrentes de violências, uma vez que foram perdidas 11.407 vidas adicionais, cerca de 519 mortes anuais.

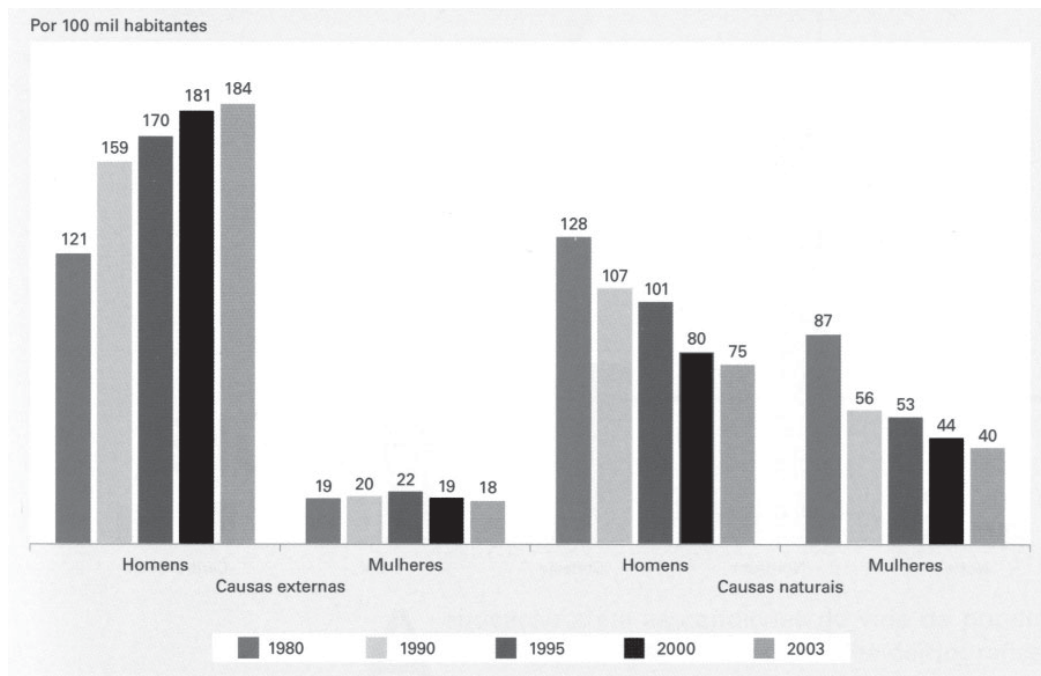
Embora a idéia da correlação entre violência, miséria e desigualdades sociais esteja associada ao senso comum, sua ocorrência era bem menor em épocas nas quais o país era economicamente mais pobre. A partir da última década do século XX, ficou claro que o fenômeno decorre menos da miséria em si e mais da emergência de novos fatores relacionados, como a intensidade da desigualdade e o crescimento de atividades que, embora marginais, têm forte impacto econômico e social: as drogas e as armas. A tese de que o fenômeno da violência decorre do inchaço populacional nas grandes cidades também é falaciosa, pois tampouco há correlação entre as taxas de mortalidade por agressões e as taxas de crescimento populacional (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Taxas de crescimento populacional entre 1980 e 2000 e taxas de mortalidade por agressões (CID 10) para o ano 2000 – áreas metropolitanas brasileiras



A análise das taxas de mortalidade por agressões (homicídios), no período compreendido entre 1981 e 2001, indica um risco maior nas regiões Sudeste e Centro-Oeste para mulheres e homens nas faixas etárias entre dez e 49 anos. A mortalidade por arma de fogo representou 72% dos óbitos por agressão. Durante as duas décadas, na população masculina jovem, caem as taxas de mortalidade por causas naturais e sobem as decorrentes de causas externas (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Taxa de mortalidade de pessoas de 20 a 24 anos de idade, por sexo, segundo a natureza do óbito ocorrido e registrado no ano. Brasil – 1980-2003



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Estatísticas do Registro Civil 1980/2003 e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2004.

A comparação da mortalidade em homens nas faixas etárias de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos, em 1981 e 2001, mostra que houve um aumento do risco em todas as regiões. No entanto, em 1981, não havia uma diferença acentuada entre as taxas de mortalidade por homicídios nas regiões Norte/Nordeste e Sudeste, enquanto em 2001 as diferenças são extremamente relevantes, com maior mortalidade nesta última região (Tabela 11).

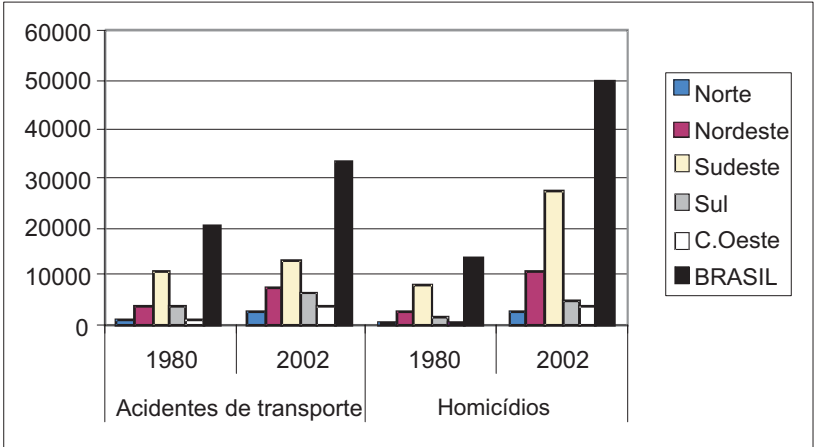
Tabela 11 – Taxas de mortalidade por agressões e homicídios para o sexo masculino, segundo faixa etária e regiões. Brasil – 1981-2001

	20-29 anos		30-39 anos	
	1981	2001	1981	2001
Norte	61,0	113,4	59,1	76,7
Nordeste	63,2	117,6	57,6	74,7
Sudeste	62,4	173,0	71,6	153,1
Sul	44,8	83,3	37,0	48,0
Centro-Oeste	69,1	128,4	66,2	85,8

Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

As mortes por acidentes de transporte e homicídios representaram, em 1980, cerca de 48,8% do total de mortes por causas externas e, em 2002, 65,6%, acréscimo ocorrido em todas as regiões do país. No entanto, o incremento observado na mortalidade por acidentes de transporte foi de 63,5%, ao passo que o aumento proporcional nos óbitos por violência foi de 257% (Gráfico 9).

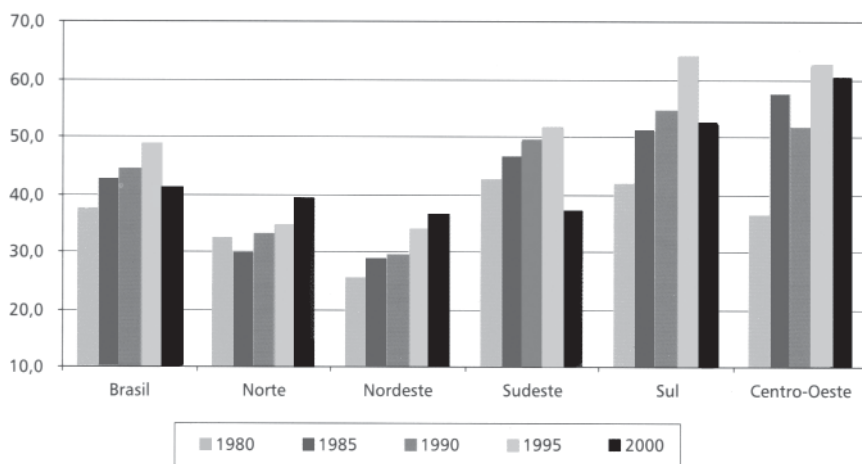
Gráfico 9 – Evolução do número de óbitos por acidentes de transporte e por homicídios, segundo regiões. Brasil – 1980-2002



Fonte: <www.datasus.gov.br>.

Observa-se, a partir de 1995, queda nas taxas de mortalidade por acidentes terrestres nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, para ambos os sexos, com graus de variabilidade segundo faixas etárias, que alguns supõem tenham sido decorrentes da implantação de um Código de Trânsito.⁴ Por exemplo, enquanto na região Sudeste esta queda é expressiva entre homens em idades mais jovens, na região Centro-Oeste o mesmo não ocorreu para o sexo masculino na faixa de 20 a 29 anos (Ministério da Saúde, 2004) (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Evolução da taxa de mortalidade masculina de 20 a 39 anos por acidentes de trânsito. Brasil, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 (100.000 habitantes)



Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

A mortalidade por doenças do aparelho circulatório continua sendo, desde 1980, a primeira causa de óbito no país e em todas as regiões geográficas, para ambos os sexos. As doenças hipertensivas, isquêmicas do coração e cerebrovasculares responderam por 67,6% e 72,6% dos óbitos por doenças do aparelho circulatório em 1980 e 2002, respectivamente. Para o país como um todo, as taxas por doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração mantiveram-se estáveis no período considerado, enquanto as taxas por doença hipertensiva mostraram um discreto aumento (Tabela 12).

⁴ O Código de Trânsito Brasileiro foi aprovado pela Lei n. 9.503, de 23/09/97, e entrou em vigor em 22 de janeiro de 1998.

A análise por regiões demonstra um padrão variável, com decréscimo das taxas de mortalidade por doença cerebrovascular nas regiões Sudeste e Sul, enquanto nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste a tendência aponta para o crescimento da mortalidade. Considerando a distinção entre os sexos, as mulheres apresentam risco menor do que os homens em relação à doença cerebrovascular, em todas as faixas etárias, embora o diferencial de risco seja menor a partir dos 65 anos.

Tabela 12 – Taxas de mortalidade específicas por algumas doenças do aparelho circulatório, segundo as regiões. Brasil – 1980-2002

Região	Doença hipertensiva		Doença isquêmica do coração		Doença cerebrovascular	
	1980	2002	1980	2002	1980	2002
Norte	5,02	7,53	15,53	16,05	22,61	26,86
Nordeste	4,90	13,16	12,70	29,06	25,44	40,57
Sudeste	15,99	16,90	68,90	59,37	73,25	57,47
Sul	9,51	14,09	55,18	64,18	64,82	62,74
Centro-Oeste	8,45	14,96	18,36	36,62	25,53	41,05
Brasil	10,69	14,58	44,43	46,67	52,46	50,02

Fonte: <www.datasus.gov.br>.

Para as doenças isquêmicas do coração, ocorreu declínio na região Sudeste e incremento nas demais. Da mesma forma, as mulheres apresentam tendência a menor risco em todas as faixas de idade, porém suas taxas de mortalidade se aproximam das taxas em homens no grupo de idade de 65 anos e mais.

A diminuição de mortes por doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares verificada no período considerado deve estar fortemente relacionada com a atuação dos serviços de saúde, através não só das ações curativas, mas também dos programas de controle da hipertensão arterial. Entende-se que o pronto atendimento das situações clínicas, como nos casos de infarto agudo do miocárdio ou crise hipertensiva, passou a ser fator fundamental para interromper a evolução de uma situação patológica que, na maioria dos casos, levaria ao óbito. Da mesma forma, a implementação de programas de controle de doenças cardiovasculares, mediante o acompanhamento sistemático e as práticas de educação sanitária e dietética, também deve ser assinalada como fator relevante para o decréscimo observado. A difusão de conhecimentos sobre estas doenças

através da imprensa leiga, bem como campanhas de esclarecimento da opinião pública, principalmente em relação ao hábito de fumar, ao sedentarismo, à obesidade e à ingestão de gordura animal, certamente também contribuíram para a redução da mortalidade verificada.

O nivelamento gradativo das taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório entre homens e mulheres, que culmina nas idades superiores a 65 anos, pode ser atribuído à queda de fatores biológicos específicos (diminuição da produção de estrogênio) para a proteção da saúde feminina.

Com sua incidência resultante de diferentes determinantes, como o patrimônio biológico, as condições sociais (associação entre câncer e infecção, o incremento da patologia com o fenômeno da urbanização decorrendo da exposição a poluentes ambientais, perda da camada de ozônio, indústria química de alimentos industrializados, corantes, conservantes) e o estilo de vida, o câncer evoluiu, nestes últimos vinte anos, do quarto lugar entre as dez principais causas definidas de óbito no país, em 1980, para a segunda posição em 2000.

Este incremento foi uniforme para homens e mulheres nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, indicando, provavelmente, diversas causas associadas, como as dificuldades do sistema de saúde em detectar precocemente e tratar de modo eficaz as doenças diagnosticadas ou, ainda, um efeito da melhor capacidade de diagnosticar este grupo de doenças devido à melhoria do arsenal tecnológico em saúde e do acesso da população aos serviços. A tendência verificada na região Sudeste – estabilidade em homens nas faixas associadas a este grupo de patologias (a partir de 30 anos) e estabilidade em mulheres entre 30 e 49 anos e declínio na faixa de 50 a 64 anos – demonstra, sem dúvida, o efeito da atuação dos serviços de saúde e de ações educativas que tendem a valorizar o diagnóstico precoce e a mudança de hábitos de vida.

Os efeitos desta mudança podem ser notados de modo expressivo na contradição entre a queda da mortalidade por câncer de pulmão entre homens, na faixa etária de 30 a 49 anos, e o incremento da mortalidade entre as mulheres em todas as faixas de idade, semelhante ao padrão encontrado em países que vêm desenvolvendo ao longo de décadas campanhas de cerceamento do hábito de fumar (Ministério da Saúde, 2004).

Outra enfermidade que sofreu incremento no número de mortes é o diabetes *mellitus* que, no período de 1980 a 2002, teve um acréscimo de 249% nos óbitos. Em 1980, o diabetes respondeu por 41% do total de mortes do

grupo de doenças das glândulas endócrinas, nutrição, metabolismo e transtornos imunitários e, em 2002, por 74% do total de óbitos ocorridos no mesmo grupo. Isso, por si só, poderia não indicar um incremento real, uma vez que esta nova posição poderia ser decorrente da diminuição dos óbitos por outras causas, como desnutrição. No entanto, as taxas de mortalidade por diabetes na população total foram 8,82 por cem mil habitantes, em 1980, e 20,97 por cem mil habitantes, em 2002. Este aumento ocorreu em todas as faixas etárias a partir dos 50 anos, sendo de 63% (na faixa de 50 a 59), de 70% (na faixa de 60 a 69) e de 81% (na faixa de 70 a 79) (Tabela 13).

Tabela 13 – Mortalidade por diabetes *mellitus* segundo faixas etárias selecionadas. Brasil – 1980-2002

Faixa Etária	1980		2002	
	Número	Taxa	Número	Taxa
40 a 49 anos	845	8,14	2.221	11,21
50 a 59 anos	1.820	25,08	5.240	40,82
60 a 69 anos	2.822	63,12	9.036	107,77
70 a 79 anos	2.857	131,93	11.055	238,83

Fonte: <www.datasus.gov.br>.

Considerando que nestes vinte anos ocorreram avanços nos métodos de detecção da doença, no arsenal terapêutico e nas medidas de controle dietético, chama atenção que, ao contrário das doenças cardiovasculares, tenha ocorrido este aumento expressivo nas taxas de mortalidade da doença. Entre as hipóteses passíveis de formulação, destacam-se: a dificuldade de controle da doença dado o rigor terapêutico e nutricional, agravado pelos fatores econômicos e sociais – isto é, o custo elevado da manutenção de padrões dietéticos exigidos e fora dos padrões de consumo cotidiano das populações menos favorecidas. Além disso, deve-se também ressaltar a posição hierárquica do idoso no núcleo familiar de baixa renda, cuja prioridade de consumo é de quem detém a força de trabalho ativa.

Embora a razão de mortalidade materna (RMM)⁵ tenha se mantido estável no país, entre 1996 (51,89 por cem mil nascidos vivos) e 2001 (50,25 por cem

⁵ Calculada a partir do banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), sem emprego de fator de correção, recomendado por alguns especialistas como necessário devido à subnotificação de óbitos maternos.

mil nascidos vivos), notou-se um aumento em todas as regiões entre 1996 e 1998, fruto, provavelmente, dos esforços envidados para o registro desse evento. A partir de 1999, observou-se a diminuição expressiva nas regiões Sul e Sudeste, que pode ser considerada fidedigna dada a qualidade dos sistemas de informação dos estados destas regiões. No entanto, o decréscimo ocorrido nas regiões Norte (de 63,11, em 1999, para 50,14, em 2001) e Centro-Oeste (de 57,22, em 1999, para 54,10, em 2001) deve ser analisado com cautela, em função do conhecido sub-registro de dados. As taxas para a região Nordeste permaneceram estáveis em todo o período e se situam acima da média nacional: 57,23 por cem mil nascidos vivos, em 2001.

Entre os óbitos, houve predomínio dos ocorridos por causas obstétricas diretas em todas as regiões. As mortes por causas obstétricas indiretas foram mais expressivas nas regiões Sul e Sudeste. As doenças mais frequentes, entre as causas indiretas, foram as dos aparelhos circulatório e respiratório, anemias e os defeitos de coagulação (Ministério da Saúde, 2004).

Embora valores elevados da mortalidade materna possam estar refletindo os esforços realizados para melhorar a qualidade da informação, vale notar que a RMM em 2001 – 50,25 por cem mil nascidos vivos – é extremamente elevada se comparada às razões de países desenvolvidos, nos quais esta medida varia entre seis e vinte óbitos por cem mil nascidos vivos.

Entre 1995 e 2001, a proporção de gestantes que fizeram sete ou mais consultas de pré-natal permaneceu estável, em torno de 49%, porém com diferenças acentuadas entre as regiões Sudeste (57%), Sul (55%) e Centro-Oeste (53%) e as regiões Norte (33%) e Nordeste (37%). Mesmo considerando as regiões metropolitanas, esta proporção se mantém um pouco acima de 50%, o que demonstra a baixa cobertura dos programas.

Outro fator a ser considerado na queda da mortalidade materna consiste na alta proporção de partos hospitalares, que no período compreendido entre 1994 e 2001 manteve proporção acima de 95%. Em relação às regiões, a exceção mais visível está no Norte, que, em 1994, apresentava proporção de 84,6% e, em 2001, de 90,5%, possivelmente relacionada a dificuldades no acesso em função das características geográficas da região. No Nordeste, este indicador está próximo da média nacional (em torno de 93%).

A proporção de óbitos com assistência médica manteve-se estável entre 1980 e 2002, em torno de 84%. Percebem-se diferenças, no período considera-

do, na distribuição proporcional dos óbitos com assistência médica em função da queda pronunciada da proporção de óbitos assistidos por DIP, da diminuição no grupo de algumas afecções originadas no período perinatal (provavelmente decorrentes da melhor assistência pré-natal e ao parto) e do incremento da proporção dos óbitos por neoplasias.

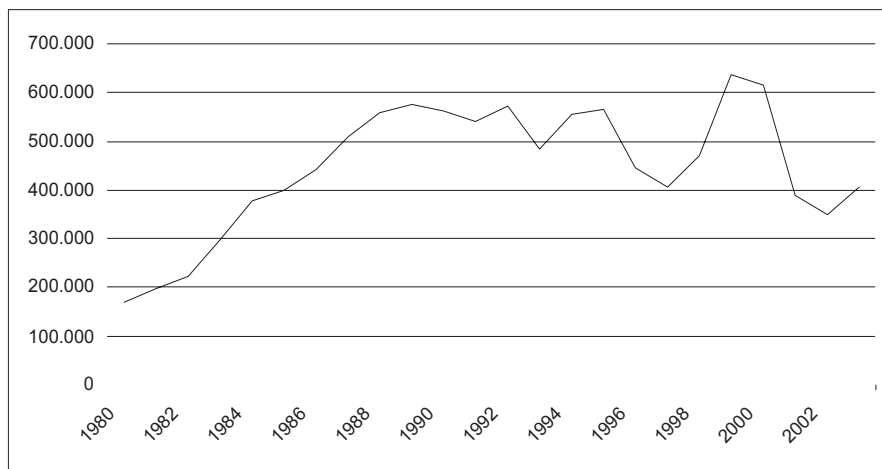
No âmbito das doenças transmissíveis, o cenário brasileiro não é homogêneo quanto aos resultados alcançados nestes últimos vinte anos, coexistindo êxitos acentuados – como no caso de algumas doenças imunopreveníveis – com fracassos, como o recrudescimento da tuberculose ou o recente descontrole da malária.

A malária consiste em exemplo de como o sistema de saúde, mesmo não detendo mecanismos para evitar o aparecimento da doença, pode, ao acompanhar efetivamente o surgimento de novos casos e suas respectivas localizações geográficas, agir no sentido do controle.

No entanto, observou-se que nos últimos anos as ações de controle do SUS foram insuficientes para barrar o aumento da incidência da enfermidade, devido à expansão de novas fronteiras agrícolas nas regiões malarígenas, ao desenvolvimento de atividades extrativistas e ao movimento migratório das populações do Sul e do Nordeste – que buscam melhores oportunidades econômicas de vida dirigindo-se para o Norte e Centro-Oeste.

Em 1999, esses fatores sociais responderam pela ocorrência de 637 mil casos, um aumento de 34% em relação a 1998 (Ministério da Saúde, 2004). A intensificação das ações de controle desencadeadas pelo SUS em seus três níveis de governo reduziu a ocorrência de casos em 45% até 2002 (349 mil casos), diminuindo ainda os óbitos em 54,7%, as internações em 69% e o número de municípios de alto risco (de 160 para 72). No entanto, entre 2002 e 2003, verificou-se incremento de cerca de 18% nas áreas endêmicas, com registro de mais de quatrocentos mil casos em 2003 (Gráfico 11).

Gráfico 11 – Evolução da malária. Brasil – 1980-2003

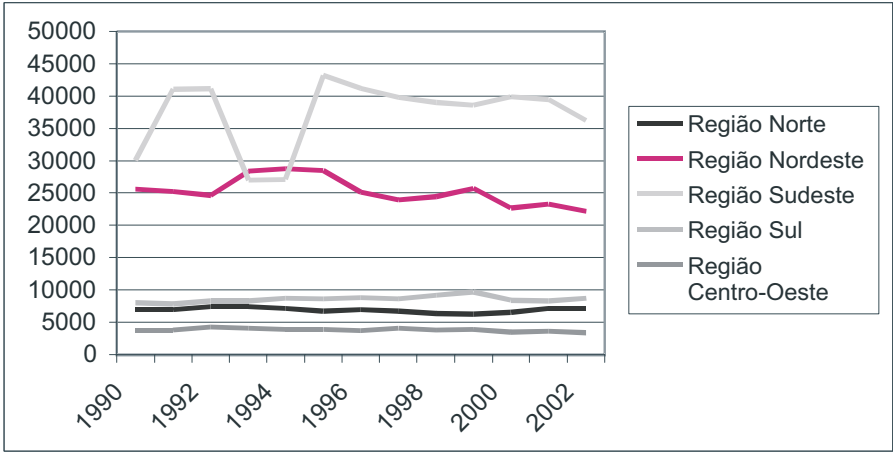


Obs: 2003 – Dados sujeitos a revisão.

Fonte: MS/SVS; SES e Sinan, a partir de 1998.

O caso da tuberculose também é exemplar quanto ao dilema de um sistema de saúde que se aperfeiçoa e ao tempo em que se degradam as condições gerais de vida de grupos populacionais em situação de pobreza. A partir de 1995, têm surgido mais de oitenta mil casos novos ao ano, com maior relevância nas regiões Nordeste e Sudeste. Considerando-se que a tuberculose é uma enfermidade para a qual se dispõe de um arsenal terapêutico adequado e normas de controle epidemiológico, o número excessivo de casos pode ser atribuído a vários fatores, entre eles o adensamento populacional em condições sanitárias precárias e o abandono de tratamento com a permanência de casos contaminantes. Quanto à associação entre tuberculose e Aids, estimativas do Ministério da Saúde indicam que cerca de um quarto dos pacientes com a síndrome também apresenta tuberculose (Gráfico 12).

Gráfico 12 – Casos novos de tuberculose por região e ano. Brasil – 1990-2002



Fonte: <www.datasus.gov.br>.

No período de 1999 a 2002, observa-se que mais de 50% dos casos ocorreram nas regiões metropolitanas – majoritariamente nas de São Paulo e Rio de Janeiro. Levando-se em conta que nessas regiões as populações contam com uma rede de atenção à saúde ampla e diversificada, esse processo deve estar relacionado a determinantes socioeconômicos que vêm favorecendo a deterioração das condições de moradia e alimentação com aumento da promiscuidade social (Tabela 14).

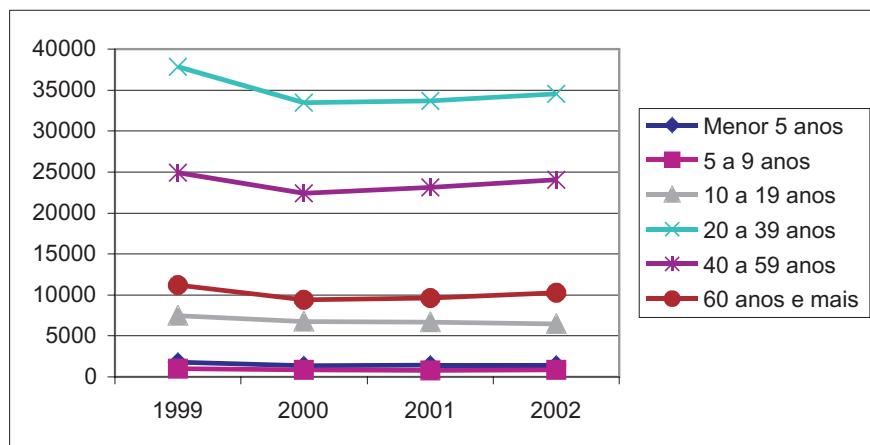
Tabela 14 – Número de casos novos de tuberculose nas regiões metropolitanas (RM) do Rio de Janeiro e de São Paulo. Brasil – 1999-2002

	1999	%	2000	%	2001	%	2002	%
RM do Rio de Janeiro	9.794		12.327		12.067		11.194	
RM de São Paulo	12.686		10.585		10.546		9.559	
Subtotal	22.480	46,0%	22.912	52,0%	22.613	49,7%	20.753	47,0%
Total regiões metropolitanas	48.783	57,8%	44.069	54,0%	45.538	55,6%	44.250	56,9%
Total Brasil	84.337		81.182		81.846		77.836	

Fonte: <www.datasus.gov.br>.

A análise dos casos novos ocorridos a partir de 1999, por faixa etária, indica que as idades mais comprometidas são aquelas entre vinte e 59 anos, coincidindo com o período de atividade produtiva (Gráfico 13).

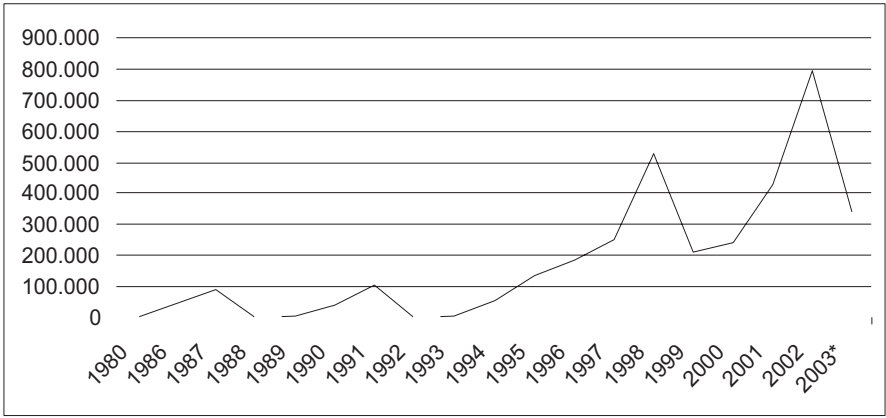
Gráfico 13 – Casos novos de tuberculose por faixa etária. Brasil – 1999-2002



Fonte: <www.datasus.gov.br>.

A curva ascendente dos casos notificados de dengue, principalmente a partir de 1998, demonstra as dificuldades de controle desta doença. Sua reemergência se deu a partir da década de 1980, inicialmente na região Norte, disseminando-se por todo o país, a partir de 1995, com maior incidência nas regiões Sudeste e Nordeste. Em 2002, 794.219 foram notificados em todo o país, dos quais 57% ocorreram em regiões metropolitanas, um fenômeno decorrente do processo desordenado de urbanização, condições precárias de habitação e a incapacidade de financiamento de sistemas apropriados de saneamento, em especial de esgoto, coleta e tratamento do lixo e macrodrenagem (Gráfico 14).

Gráfico 14 – Série histórica de casos notificados de dengue. Brasil – 1980-2003



Fonte: MS/SVS, SES e Sinan, a partir de 1998.

Tabela 15 – Casos novos da dengue por regiões metropolitanas (RM) selecionadas. Brasil – 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
RM de Fortaleza	7.375	11.732	12.842	23.965	11.995
RM de Recife	22.876	12.095	7.392	5.024	68.811
RM de Salvador	2.386	624	703	5.034	18.510
RM de Belo Horizonte	12	561	2.349	11.522	19.287
RM de Vitória	4.995	691	15.420	5.528	12.327
RM do Rio de Janeiro	19.484	2.226	3.734	64.735	217.200
RM de São Paulo	429	241	308	1.529	7.031
RM da Baixada Santista	5.681	10.578	263	20.895	29.225
RM de Goiânia	2.006	1.371	1.261	8.573	21.545
Subtotal	65.244	40.119	44.272	146.805	405.931
Total regiões. Metropolitanas	92.561	70.759	78.480	180.404	454.552
Total Brasil	528.388	209.668	239.870	428.117	794.219

Fonte: <www.datasus.gov.br>.

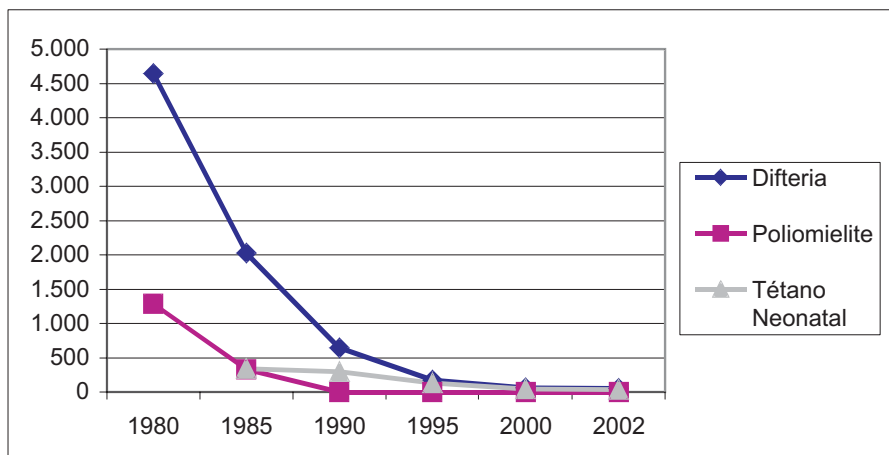
A epidemia tornou-se ainda mais preocupante a partir de 2001, com o aumento do registro de casos confirmados da febre hemorrágica devido ao dengue, principalmente nas regiões Sudeste e Nordeste, um incremento de mais de 8.000%, entre 1997 e 2002.

Algumas doenças sofreram redução drástica no período. A queda da incidência de difteria, tétano e coqueluche, a interrupção da transmissão do sarampo, a erradicação da varíola e da poliomielite consistem em êxitos da ação do sistema de saúde brasileiro. A implementação dos programas de imunização, o desenvolvimento do sistema de vigilância epidemiológica, a ação articulada entre os níveis federal, estadual e municipal foram os elementos políticos e técnicos fundamentais no sucesso obtido. As campanhas de vacinação em massa, intensificadas na década de 1990, e marcadas pela capilaridade em todo o território nacional, pelo intenso engajamento comunitário e pela solidariedade no trabalho gratuito, são uma prova concreta do alto grau de mobilização da sociedade visando ao controle dessas enfermidades.

O último caso notificado de poliomielite ocorreu em 1989. Em 1994, o Brasil recebeu o Certificado de Eliminação da Poliomielite. No entanto, a permanência dos programas de imunização e de vigilância epidemiológica é exigida, uma vez que pode haver a reintrodução do poliovírus selvagem a partir de outros continentes onde a enfermidade ainda se manifesta (África e subcontinente indiano).

Os casos notificados de difteria e tétano também vêm diminuindo, provavelmente devido à intensificação da vacinação com DPT (tríplice). Quanto ao tétano acidental, embora apresente tendência declinante, 20 a 30% dos casos ocorrem na faixa etária acima dos 60 anos, o que indica a necessidade de conscientizar a população para a manutenção do reforço vacinal a cada dez anos (Gráfico 15).

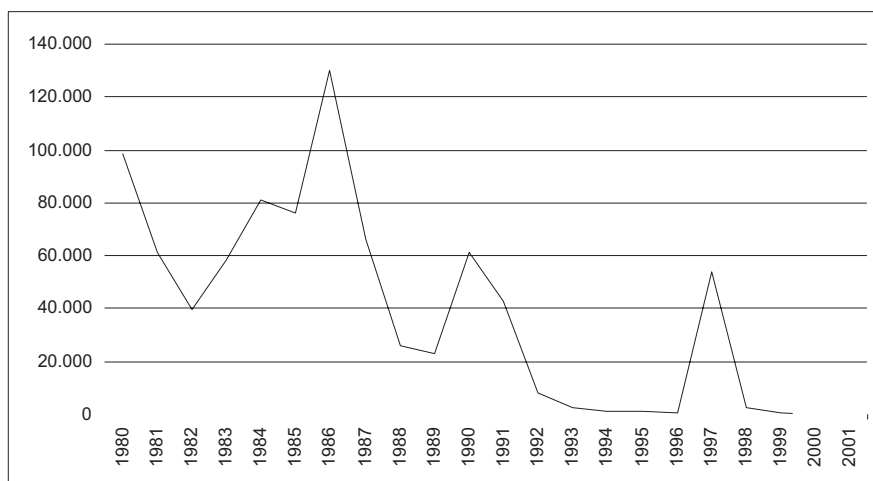
Gráfico 15 – Casos notificados de difteria, poliomielite e tétano neonatal.
Brasil – 1980-2002



Fonte: MS/SVS, SES e Sinan, a partir de 1998.

O surto de sarampo ocorrido em 1997, com 53.664 casos confirmados, levou à intensificação das ações de controle, não sendo registrados casos autóctones desde 2000. Em 1999, ocorreram os dois últimos óbitos por esta enfermidade, enquanto em 1980 foram registradas 3.236 mortes (Gráfico 16).

Gráfico 16 – Casos notificados de sarampo. Brasil – 1980-2002



Fonte: MS/SVS, SES e Sinan, a partir de 1998.

Além disso, outras enfermidades não-imunopreveníveis, tais como doença de Chagas, febre tifóide e hanseníase, também apresentam tendência ao declínio em suas taxas de incidência.

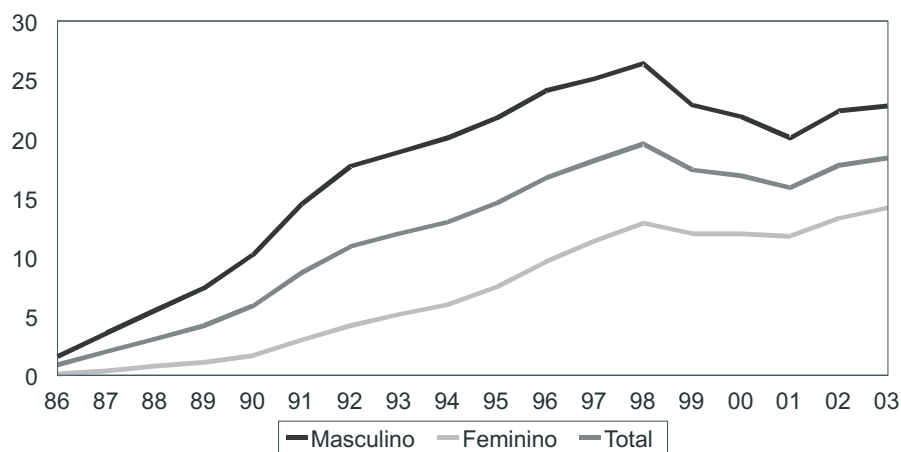
Com incidência estimada, no final da década de 1970, em cerca de cem mil casos novos por ano, a doença de Chagas tem sido alvo de intenso controle. Inquéritos sorológicos para esta doença realizados sistematicamente entre escolares (sete a 14 anos de idade) de todos os estados endêmicos, no período de 1989 a 1999, demonstraram positividade em 329 amostras, num total de 244.770 amostras colhidas, com uma prevalência média geral de 0,13% (Ministério da Saúde, 2004).

O certificado de interrupção da transmissão vetorial pelo *T. infestans* já foi conferido a dez estados brasileiros: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Tocantins. Nos demais estados onde a doença se manifesta, estão sendo desenvolvidas ações no sentido da eliminação do vetor e da certificação. É importante destacar as medidas voltadas para o controle da transmissão transfusional bem como a implementação de programas para a melhoria das habitações.

Com um processo de crescimento acelerado no país desde o início da epidemia em 1980, chegando em 1998 ao registro de 25.700 casos novos, a Aids sofreu o impacto das ações de saúde, seja através de uma política de assistência baseada na distribuição de ‘coquetel’ medicamentoso, seja através de campanhas de educação em saúde, que modificaram hábitos das populações expostas ao risco de adoecer. Persistem ainda alguns desafios, como a vulnerabilidade das mulheres pela contaminação heterossexual e pela incidência entre adolescentes do sexo feminino. Verifica-se também, nas últimas décadas, o crescimento da incidência em indivíduos de baixa renda e escolaridade.

Entre os anos de 1980 e 2002, o maior pico de casos ocorreu em 1998 com uma tendência ao declínio partir desse ano e nova inflexão a partir de 2001. Essa tendência apresenta um diferencial entre homens e mulheres, relativamente constante no período considerado (Gráfico 17).

Gráfico 17 – Taxa de incidência de Aids (por 100 mil hab.) segundo sexo por ano de diagnóstico. Brasil, 1986-2003*

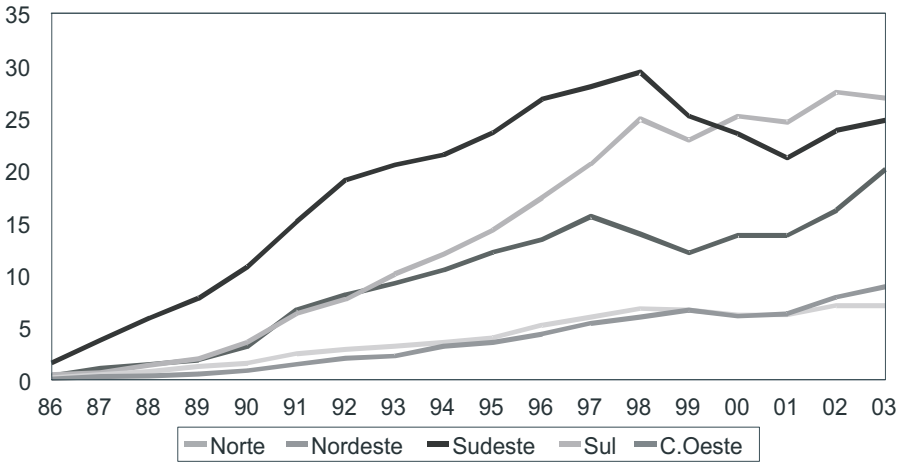


*Incluídos casos notificados no SINAN e incluídos no SISCEL até junho de 2004

Fonte: <www.aids.gov.br>.

A tendência observada é comum para todas as regiões do país, notando-se que nas regiões Sul e Centro-Oeste o crescimento ocorreu a partir de 1999 (Gráfico 18).

Gráfico 18 – Taxa de incidência por Aids (por 100 mil hab.) segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1986-2003

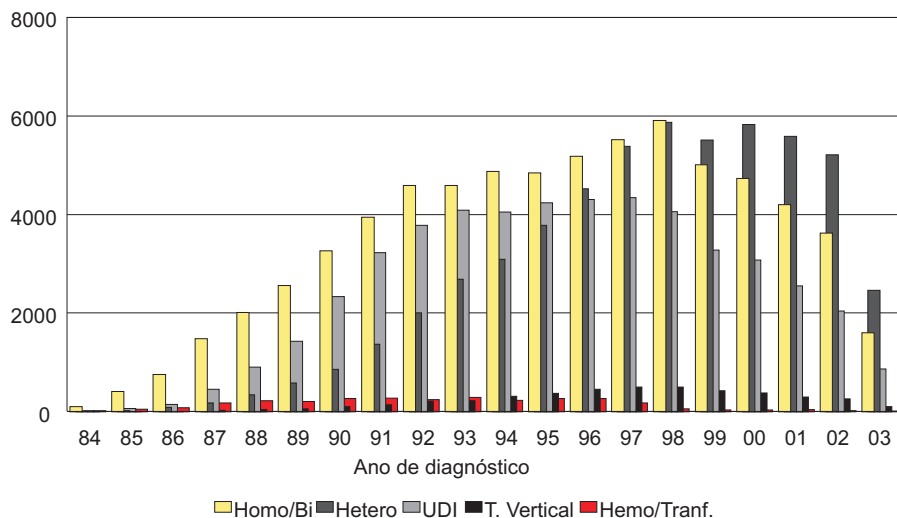


*Incluídos casos notificados no SINAN e incluídos no SISCEL até junho de 2004

Fonte: <www.aids.gov.br>.

Quanto ao tipo de transmissão, a disseminação se deu, inicialmente, entre homossexuais masculinos e através de sangue contaminado. Sua progressão atingiu usuários de drogas injetáveis, além do crescimento da transmissão heterossexual, com maior comprometimento do sexo feminino (Gráfico 19).

Gráfico 19 – Casos de Aids no sexo masculino por categoria de exposição, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1984 a 2003*

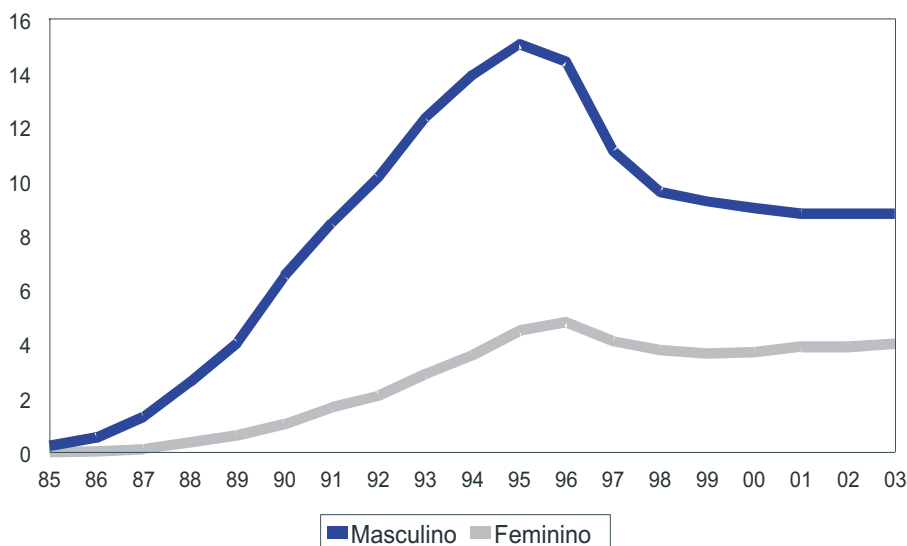


*Casos notificados no SINAN e registrados até 30/06/04.

Fonte: <www.aids.gov.br>.

A mortalidade também apresenta tendência ao declínio nos últimos anos, inicialmente entre homens residentes em regiões metropolitanas, a partir de 1991. Com a introdução do tratamento anti-retroviral gratuito em 1996, este padrão se estendeu a homens e mulheres em todas as regiões do país (Gráfico 20).

Gráfico 20 – Taxa de mortalidade (por 100 mil) por Aids segundo sexo.
Brasil, 1985-2003



Fonte: <www.aids.gov.br>.

As mudanças no perfil de adoecimento ocorridas nas duas últimas décadas no Brasil têm largas implicações sobre a organização do sistema de saúde no começo do novo século. Se é verdade que persistem ainda contingentes populacionais importantes afastados dos benefícios de intervenções efetivas hoje propiciadas pela medicina e saúde pública, grandes massas atualmente encontram-se expostas aos problemas e às situações de uma população mais envelhecida e aos novos desafios colocados pelos traumas decorrentes de agressões e acidentes, e pelas doenças resultantes das condições subnormais de moradia nos aglomerados urbanos e da iniquidade no acesso a bens e serviços.

Onde pôde, a reorganização do sistema de saúde brasileiro demonstrou sua capacidade de intervir de maneira positiva. Muitas condições de acesso a serviços básicos foram mudadas, provavelmente aliviando desconforto e sofrimento de inúmeros brasileiros. O que nos sobra de moléstias da pobreza, salvo casos como os da tuberculose pulmonar e hanseníase, dependerá da capacidade de reencontrar o caminho de um desenvolvimento mais acelerado e redistributivo de renda e riqueza.

Quanto aos desafios colocados pelas novas doenças, mais e mais se dependerá de uma reorganização em profundidade dos serviços de saúde. É verdade que as medidas de promoção da saúde têm efeito eficaz em prolongar a vida e reduzir a incidência de algumas doenças. Entretanto, com o incremento da expectativa de vida, menos doenças curáveis aparecerão e aumentará a necessidade de meios de diagnóstico e tratamento mais sofisticados e continuados para cuidar de condições crônicas e de longa duração. Do ponto de vista da reorganização setorial, as questões da regionalização e hierarquização dos serviços ganharão primazia sobre os arranjos político-administrativos. A demanda por financiamento de ações mais complexas crescerá e uma proporção maior de recursos financeiros será exigida por uma sociedade mais madura na idade e na capacidade reivindicativa.

Dos traumas, as pessoas se defenderão abrindo futuro para as novas gerações, recompondo os tecidos de solidariedade entre os brasileiros, afirmando a democracia e a participação cidadã, recriando continuamente a esperança e as possibilidades de um Brasil próspero e justo.

Referências bibliográficas

- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Una década de luces y sombras. *Notas de la Cepal*, 15: 2, 2001.
- IBGE. Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil. *Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica*, 2, 1999. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/evolucao_perspectivas_mortalidade/default.shtm>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

6. O FINANCIAMENTO DO SUS: TRAJETÓRIA, CONTEXTO E CONSTRANGIMENTOS¹

Maria Alicia D. Ugá
Rosa Maria Marques

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS), inspirada no modelo dos sistemas nacionais de saúde de cunho universalista contextualizados em modelos de proteção social “welfaristas”, se deu no Brasil em um período histórico no qual o setor privado já estava largamente consolidado. Como se sabe, a expansão do setor privado no país foi amplamente promovida pelo próprio Estado na década de 1970, no âmbito da Previdência Social, que, por um lado, financiou sua expansão através do antigo Fundo de Assistência Social (FAS) e, por outro, garantiu demanda para essa oferta, comprando os serviços de saúde comercializados por hospitais e clínicas privadas.

Dessa forma, a Constituição de 1988 previu a existência de um sistema de saúde suplementar ao SUS, constituído de sistemas de seguro (planos e seguros de saúde) privados e, ainda hoje, quase duas décadas após a promulgação da nova Carta Magna, os prestadores hospitalares do nosso sistema nacional de saúde são predominantemente privados, sendo o Estado proprietário da maior parte das instalações ambulatoriais, como se observa no Quadro 1.

¹ Esta reflexão contou com a valiosa participação de Áquilas Mendes.

Quadro 1 - Prestadores de serviço. Brasil – 2002

	Públicos		Privados		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL BRASIL						
Unidades Ambulatoriais	31.199	76	9.778	24	40.977	100
Hospitais	2.588	35	4.809	65	7.397	100
SUS						
Unidades Ambulatoriais	30.957	95	1.469	5	32.426	100
Hospitais	2.519	42	3.414	58	5.933	100
Leitos	161.635	37	277.942	63	439.577	100

Fonte: Datasus, junho 2002; Estabelecimentos: AMS/IBGE – 2002; Leitos: SIH.

Ainda correspondendo à estrutura herdada do modelo do sistema de saúde prévio ao SUS, no qual o papel do Estado havia sido fundamentalmente o de promover a expansão do setor privado, a estrutura do gasto nacional em saúde também está fortemente marcada por essa herança. Assim, o sistema de saúde brasileiro, constitucionalmente definido como sendo de acesso universal e integral, exibe uma estrutura do gasto que em nada se assemelha à dos sistemas nacionais de saúde de cunho *welfariano*, mas se aproxima do padrão estadunidense, tido como sistema típico do modelo liberal de sistemas de saúde. Evidência disso é o fato de que, enquanto o gasto em saúde do Reino Unido, da Dinamarca e da Suécia é, respectivamente, 97%, 84% e 78% público, e financiado preponderantemente por impostos gerais, no Brasil a participação do setor público no gasto nacional em saúde é de apenas 42% – sendo, portanto, menor que a norte-americana, de 44%, dado o peso dos programas Medicare e Medicaid.

Se o SUS se aproximasse, em termos do financiamento setorial, a um sistema de saúde que se assemelhe ao brasileiro pelo fato de ser universalista, mas com prestadores preponderantemente não-estatais, como o Canadá por exemplo, a participação do financiamento público no gasto total em saúde seria de 72%, com recursos provenientes fundamentalmente de impostos gerais.

O Quadro 2, a seguir, mostra a composição do financiamento setorial no Brasil e revela que o setor privado ainda participa em 58% do gasto em saúde e que o gasto direto das famílias (principalmente com medicamentos) é ainda hoje muito importante, em que pesem os avanços do SUS.

Quadro 2 – Composição do gasto em saúde. Brasil – 2003

Gasto em Saúde	R\$ milhões	%
Gasto público total	35.778	42,01
Gasto privado com planos e seguros de saúde	17.320	20,34
Gasto privado direto das famílias	32.070	37,65
Gasto total	85.168	100,00

Fonte: Ugá & Santos (2004).

Entretanto, não se pode atribuir a baixíssima participação do setor público no financiamento setorial somente ao modelo de sistema de saúde sobre o qual o SUS foi construído. Esta tímida presença do Estado no gasto em saúde deve-se também – e principalmente – ao fato de que, no momento da consolidação do SUS, o modelo econômico brasileiro se encontrava (como ainda se encontra) sob as rédeas do ajuste macroeconômico de cunho neoliberal.

Políticas de ajuste macroeconômico

Como apontado em Ugá (1997a), se nos planos de estabilização macroeconômica adotados a partir do final da década de 1970 até meados da de 1980, que focalizavam o reequilíbrio do balanço de pagamentos, os efeitos sobre as políticas sociais foram residuais, decorrentes da contração de recursos para o seu financiamento e da pauperização da população, nos programas de ajuste de cunho neoliberal implementados a partir da segunda metade da década de 1980, as transformações por que passam as políticas sociais atingem a sua essência e correspondem a um projeto global de reorganização da sociedade sob a égide neoliberal, do qual a face econômica é, apenas, a mais discutida, mas não esgota a compreensão do seu alcance, como se tentará demonstrar a seguir.

Os efeitos dessas políticas econômicas sobre as políticas sociais foram de natureza completamente distinta. De um lado, as políticas de contração da demanda inerentes ao receituário dos planos de estabilização adotados até a primeira metade da década de 1980, além de contrair emprego e salários, reduziram – por isso mesmo – a principal fonte de financiamento das políticas

sociais nos nossos países, isto é, a massa salarial. Em consequência, não somente caiu o número de contribuintes aos sistemas de seguro social vigentes nesse período como se reduziu o valor das contribuições daqueles que ainda restavam inseridos no mercado formal de trabalho e, ao mesmo tempo, aumentou o número de pessoas descobertas por qualquer sistema de seguro social.²

Entretanto, mesmo que devastadores, os efeitos dos planos de estabilização econômica sobre as políticas sociais tiveram um caráter ‘residual’, visto que as políticas sociais não eram, até esse momento, parte integrante dos programas de ajuste. É somente a partir da década de 1980, através da proposta neoliberal, que elas adquirem esse novo *status*, como se tentará demonstrar a seguir.

Como evidenciado em Ugá (1997b), o modelo neoliberal de intervenção no campo da política social se dá a partir da segunda metade da década de 1980, período que é palco de profundas rupturas e transformações que atingem praticamente todos os elementos constitutivos das organizações sociais e das relações que entre elas se estabelecem, abrangendo desde o próprio modo de produção (com a derrota do socialismo no Leste Europeu) até a organização e divisão do trabalho (através da onda de inovações tecnológicas que configura a chamada Terceira Revolução Industrial), a resultante redistribuição de renda e do emprego, as relações entre as classes e as frações de classe e entre as economias nacionais e, ainda, a ideologia e a ordem político-econômica mundial.

Nesse novo contexto internacional, o paradigma neoliberal ocupa o espaço progressivamente. Aqui é conferido o *status* de paradigma a uma série de abordagens distintas – e, muitas vezes, parciais – da realidade, como o são as provenientes das Escolas Austríaca, de Chicago e do Public Choice, tendo em vista que, em conjunto, configuram uma nova (ou melhor, ressuscitam uma antiga) forma de olhar as organizações sociais, a partir da qual uma sorte de senso comum vem se constituindo progressivamente em torno às seguintes questões: a) a superioridade do livre mercado como mecanismo de alocação eficiente de recursos, em contraposição à ação estatal; b) o lugar central do indivíduo na sociedade, em contraposição às suas organizações associativas; c) a prioridade à liberdade e à diferenciação dos indivíduos, em

² Os resultados dessa conjuntura são evidentes: em países como o Chile, por exemplo, verificou-se uma diminuição de 17% do valor real *per capita* das pensões entre 1970 e 1980 (Ugá, 1989) e, no Brasil, se deflagrou, ao amanhecer da década de 1980, a por demais conhecida crise previdenciária, da qual a face financeira foi a mais exposta.

detrimento da igualdade, que se traduz, no campo social, na defesa da liberdade de escolha dos bens e serviços a serem consumidos.

Assim, se no plano estritamente econômico a assertiva (a) é a decisiva, a partir da qual a receita moderna passa a ser a da privatização do setor estatal, a fim de possibilitar a expansão do investimento privado e a ‘recapitalização do capitalismo’ (além de se constituir, como foi visto, na base das soluções propostas para a crise fiscal dos estados), no plano social é necessário contemplar as três afirmações neoliberais para uma melhor compreensão do receituário de política social inerente aos programas de ajuste (Ugá, 1994).

Como é por demais sabido, este receituário propugna a privatização dos setores de política social previamente assumidos (no financiamento e na prestação de serviços) pelo Estado. A justificativa dessa proposta mais reiteradamente aludida é a da superioridade do mercado em termos da eficiência na alocação de recursos. A provisão estatal desses serviços, argumenta-se, onera demasiadamente o setor produtivo (através dos encargos sociais sobre a folha de salários), estimulando-o a transferir seu capital para a esfera especulativa, além de ser produzida em bases altamente ineficientes, dado o peso da burocracia estatal nos custos de produção dos serviços públicos. Ainda, sustenta a Escola do Public Choice que os dirigentes do setor público alocam os recursos destinados às políticas sociais segundo a otimização de seus interesses individuais – e não necessariamente segundo a lógica da maximização da utilidade pública –, o qual prejudicaria, mais uma vez, a eficiência na alocação de recursos.

É assim que o lema passa a ser a redução das atividades *welfarianas* do Estado, na medida em que elas são consideradas como elementos de estímulo à falta de responsabilidade individual, além de serem vistas como o grande fardo financeiro carregado pelo setor produtivo da economia.

É necessário destacar, entretanto, que não é somente em base à suposta superioridade do mercado na alocação de recursos que é defendida esta proposta. O lugar central dado ao indivíduo e à liberdade de escolha nas teses neoliberais corrobora na ênfase oferecida à privatização, sendo, ademais, nesse sentido que configuram uma nova proposta de organização da sociedade.

Visto que no berço dos *Welfare States* as políticas sociais nasceram como fruto da negociação de interesses coletivos, e dada – por outro lado – a

progressiva flexibilização do processo de produção e a decorrente diferenciação e fragmentação da força de trabalho segundo o setor econômico a que ela pertença (de produção fordista ou ‘toyotista’), políticas sociais provedoras de serviços uniformes e coletivos passam, segundo as teses neoliberais, a não fazer mais sentido: elas contradizem o princípio da soberania do indivíduo como consumidor e afetam a sua liberdade de escolha.

Dessa forma, a igualdade e a solidariedade social cedem lugar à diferenciação e ao individualismo, visto como responsabilidade individual da escolha na alocação dos recursos pessoais. Estes são os alicerces da nova sociedade proposta, na qual somente aos incapazes de sobreviver à concorrência no mercado, isto é, aos pobres (como nas antigas Poor Laws inglesas), devem ser dirigidas ações de natureza assistencial por parte do Estado. E aqui surge mais uma característica da política social neoliberal: a sua seletividade ou, nos termos do Banco Mundial, a necessária ‘focalização’ de suas ações.

Finalmente, em relação àquelas atividades de política social que permaneçam em mãos do Estado, é proposta a incorporação dos mecanismos de mercado, fundamentalmente em dois sentidos: a) por um lado, mediante a introdução do co-pagamento por parte dos usuários dos serviços, de forma tal que, além de se criar uma fonte adicional³ de recursos para o financiamento dessas políticas, os serviços estatais sejam forçados a competir no mercado com os privados; b) por outro, mediante a constituição de mercados competitivos de prestadores de serviços, mediante a separação entre o órgão financiador e o(s) órgão(s) responsável(is) pela prestação de serviços, fazendo com que as unidades estatais possam competir no mercado com as privadas, políticas essas que vêm sendo adotadas por um número crescente de países.

Essas formas de incorporação dos mecanismos de mercado no setor estatal são implementadas à luz do aumento da eficiência do setor público, visto como necessariamente inferior ao privado nesse aspecto.

Em suma, como afirmam Lopes, Tapia e Macchi (1993), esse modelo residual – inspirado em Títmus – parte de uma visão de que a política social deveria se limitar ao combate de carências extremas, ficando o sistema privado encarregado de suprir os serviços nas áreas de saúde, habitação, seguridade

³ Embora geralmente irrisória, como tem comprovado a experiência internacional da instituição do co-pagamento nos serviços de saúde (dado que é impossível cobrar tarifas que correspondam ao custo efetivo dos serviços, sob pena de alijar dos mesmos a maior parte da população dos países periféricos).

social etc., para o restante da população. Dessa forma, o sistema de proteção social, segundo essa proposta, seria fragmentado em dois subsistemas independentes: um privado, financiado e utilizado pelos estratos sociais de mais alta renda e outro público, de caráter assistencialista, destinado à população carente e financiado com recursos fiscais.

Deve-se destacar, entretanto, que como mostra, dentre outras, a experiência chilena relativa à reforma do setor saúde e da previdência, não foi na livre mão do mercado que se sustentaram essas reformas. Como é apontado em Ugá (1994):

não era fortuito o fato de que no Chile o setor privado de saúde fosse pouco importante nos anos prévios à reforma: inexistia um mercado de tamanho suficiente para impulsionar o seu crescimento. É por essa razão que o Estado cumpriu um papel fundamental na privatização dos serviços, isto é, o papel de financiador desses processos, na medida em que abriu mão das contribuições sociais em favor do setor privado. Nesse sentido, não se trata, em países com um restrito poder aquisitivo, de que o Estado venha simplesmente fechar as portas de seus serviços; ele terá necessariamente que financiar, como no Chile, a expansão do setor privado, independentemente da capacidade pública instalada preexistente.

Portanto, deve-se compreender que no contexto do franco desfinanciamento do Estado em favor do setor privado, da expulsão da classe média (ou seja, dos estratos sociais com maior poder de vocalização de demandas sociais) para os seguros privados e da população majoritariamente pobre, a seletividade das ações propostas nas políticas de focalização defendidas principalmente pelo receituário de vários organismos internacionais resulta necessariamente em ‘serviços pobres para os pobres’.

A partir do que foi exposto acima, pode-se afirmar que este modelo de reforma do modelo de proteção social – e de saúde, em particular – está intrinsecamente ligado às políticas de ajuste macroeconômico, sendo, ele mesmo, um instrumento dessas políticas. Visto que o eixo condutor destes ajustes estruturais é a busca única do equilíbrio macroeconômico e da eliminação do déficit fiscal, a redução do papel do Estado nas políticas sociais (via privatização) e a diminuição substancial do gasto público na provisão de serviços relacionados a essas políticas (via os mecanismos de contenção da demanda e de seletividade da oferta acima

referidos – ou seja, a reforma setorial nos moldes neoliberais) passam a ocupar um lugar estratégico no desenvolvimento das próprias políticas de ajuste macroeconômico.

O ajuste macroeconômico e o SUS

O SUS conseguiu enfrentar, com sucesso, a hegemonia do pensamento neoliberal, no que diz respeito à reestruturação de sistemas de saúde de cunho privatizante. Ao contrário, no Brasil, as políticas de ampliação da atenção básica que vêm sendo desenvolvidas através do Programa de Saúde da Família não se constituíram – como se temia, de início – em políticas de focalização via implementação de ‘cestas básicas’ de serviços de saúde propugnadas por vários organismos internacionais, destinadas à população carente. Prova disso é que, paralelamente à expansão dos recursos voltados à atenção básica, também ocorreu um aumento, a partir do final da década de 1990, de recursos para a alta e média complexidade, como será demonstrado em seção posterior deste capítulo.

Não houve, portanto, uma retração do aparelho do Estado no campo da produção de serviços de saúde. Entretanto, o ajuste macroeconômico afetou o SUS drasticamente através da contenção de recursos para a política de saúde, implementada ao longo da década de 1990, agravada pelos recorrentes contingenciamentos dos recursos alocados ao setor, geraram uma crise de financiamento do SUS, que foi motivada não por fatores intrínsecos ao modelo de sistema de saúde, mas por fatores externos vinculados ao ajuste fiscal adotado pelos governos desde então (modelo esse que, infelizmente, perdura até hoje). A criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), tributo vinculado à saúde que passou a vigorar em 23 de janeiro de 1997, com vigência temporária de um ano (mas que vem sendo renovada anualmente) e a promulgação da Emenda Constitucional 29 são frutos do processo de resistência do setor saúde aos efeitos do ajuste macroeconômico. É este processo de embates e resistência entre o setor saúde e a política econômica o objeto de análise deste capítulo.

Saúde pública e Seguridade Social: a democratização e a proposta de um novo olhar sobre a proteção social

A discussão e a elaboração de uma nova constituição correspondente ao processo de redemocratização por que passava o país no final da década de 1980 mobilizaram totalmente as atenções da nação, pois não havia quem desconhecesse que estava em jogo a definição das bases que iriam sustentar o desenvolvimento do novo regime. Entre essas bases, a questão social assumia importância ímpar, pois se fazia necessário resgatar a enorme dívida social herdada do período militar. Para isso os constituintes escreveram na Constituição de 1988 a garantia de direitos básicos e universais de cidadania, estabelecendo o direito à saúde pública, definindo o campo da assistência social, regulamentando o seguro-desemprego e avançando na cobertura da previdência social. Essas garantias foram objeto de capítulo específico – o da Seguridade Social –, simbolizando o rompimento com o passado.

Os princípios que animaram os setores progressistas da constituinte foram: ampliação da cobertura para segmentos até então desprotegidos; eliminação das diferenças de tratamento entre trabalhadores rurais e urbanos; implementação da gestão descentralizada nas políticas de saúde e assistência; participação dos setores interessados no processo decisório e no controle da execução das políticas; definição de mecanismos de financiamento mais seguros e estáveis; e garantia de um volume suficiente de recursos para a implementação das políticas contempladas pela proteção social, entre outros objetivos. No campo da Previdência Social, esses princípios resultaram, principalmente, na criação de um piso de valor correspondente ao do salário mínimo e na eliminação das diferenças entre trabalhadores rurais e urbanos referente aos tipos e valores de benefícios concedidos. A Constituição de 1988 manteve, tal como antes, separadas a previdência dirigida aos trabalhadores do mercado formal do setor privado da economia e aquela dos servidores federais, estaduais e municipais.

Alguns avanços no sentido da universalização, da ampliação da cobertura e da diminuição das desigualdades antecederam a Constituição de 1988. No que diz respeito à previdência, especificamente entre 1985 e 1987, portanto durante o governo de José Sarney, o valor dos pisos dos benefícios

urbanos foi aumentado,⁴ o prazo de carência diminuído e alguns tipos de benefícios foram estendidos para a clientela rural.

No que diz respeito à criação do SUS, introduzido no novo texto constitucional de 1988, resulta, sem dúvida, de um longo processo de embates entre diversos setores da sociedade, a partir do qual, já desde a década de 1970, operava-se um movimento de crescente expansão do acesso aos serviços de saúde, embora de forma fragmentada e seletiva e, desde a década de 1980, introduzia-se na agenda pública a questão da descentralização do sistema de saúde como um tema prioritário, através da formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o Prev-Saúde. E é fundamentalmente através da estratégia das Ações Integradas de Saúde – que nasce originalmente como um mero programa do Inamps –, aprofundada no período da Nova República com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que a descentralização e a universalização do acesso ganham progressiva viabilidade, na medida em que fortalecem o ingresso, na arena da Reforma Sanitária, de atores políticos fundamentais para a consolidação desse processo: inicialmente, os governadores e, a partir do movimento de ‘municipalização’ setorial, os prefeitos de vários municípios.

Entretanto, ainda que sendo fruto desse longo processo, a constituição do SUS pressupõe uma ruptura definitiva com o modelo anterior, tendo em vista que: a) através da instituição do direito universal e integral à saúde elimina-se a característica histórica da segmentação de clientela do sistema de proteção social brasileiro; b) rompe-se, ainda, através dele, o modelo de financiamento anteriormente vigente, baseado fundamentalmente em contribuições individuais; c) introduz-se constitucionalmente uma reorganização político-administrativa de peculiar profundidade, tendo em vista que, segundo a Carta Magna, “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um *sistema único*”, organizado de acordo com as diretrizes da “*descentralização, atenção integral e a participação da comunidade*” (grifos nossos); d) define-se como complementar a participação dos prestadores de serviços privados neste novo sistema. É, portanto, necessariamente árduo o processo de implementação de uma transformação desta natureza e magnitude, que requer não só mudanças político-institucionais, organizacionais, culturais e financeiras, como na própria concepção do modelo de atenção à saúde.

⁴ A legislação anterior definia pisos diferentes, a depender do tipo de risco coberto.

O sistema concebido na Carta Magna de 1988 para financiar o acesso universal e integral à saúde constituiu-se um avanço importante no sentido da consolidação do SUS, tal como regem os seus princípios. A instituição do acesso universal à saúde, como um direito inerente à cidadania, foi coeentemente acompanhada da inserção do setor saúde no Sistema de Seguridade Social e, ainda, do financiamento setorial através do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e dos Tesouros federal, estaduais e municipais.

Ademais, a própria composição do OSS – sem vincular fontes para cada área específica – contemplou a natureza distinta dos benefícios e serviços por ele financiados: a) benefícios de caráter contributivo e individualizados (tais como os do regime geral de aposentadorias) correspondem às tradicionais contribuições sobre a folha de salários (da empresa e do trabalhador); b) benefícios e serviços regidos pela lógica da cidadania (tais como o acesso universal à saúde e ‘salário cidadão’ de um salário mínimo para a população de mais de 65 anos ou portadora de deficiência) seriam financiados pela Contribuição Social sobre o lucro líquido (CSLL) e sobre o faturamento, pela Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e, ainda, pelos recursos do Tesouro que se fizessem necessários para atender as necessidades decorrentes desse modelo de proteção social welfariano.⁵

Dessa forma, incorporaram-se fontes novas (tais como a contribuição sobre o lucro), ampliou-se a base de incidência de tributos já existentes – como a do antigo Fundo de Investimento Social (Finsocial) – e previu-se a participação de receita fiscal no financiamento do sistema, de forma tal a garantir a sua viabilização. Ainda, ao se constituir um orçamento unificado, pretendeu-se racionalizar a alocação de recursos do OSS, evitando a pulverização no uso de receitas de fundos previamente existentes.

Porém, através de lei complementar, dispôs-se que 30% dos recursos do OSS deveriam ser destinados ao SUS. A estes recursos, de origem federal, deveriam ser acrescidas, segundo a Constituição, receitas provenientes dos Tesouros estaduais e municipais, que viabilizassem a implementação desse sistema.

⁵ Acrescem-se, ainda, ao OSS: a) os recursos provenientes do antigo FAS, oriundos de receitas de concursos e prognósticos – entretanto, a importância dos mesmos é reduzida; b) os recursos advindos do PIS/Pasep, vinculados especificamente ao programa de seguro-desemprego. Em 1997, posteriormente à definição constitucional do OSS, foi aprovada pelo Congresso Nacional a CPMF, cujos recursos são vinculados à área da saúde.

Dessa forma, a universalização de direitos e a participação da comunidade na definição das políticas sociais tiveram como princípio fundador a superação do caráter meritocrático e a adoção da cidadania como critério de acesso. A cidadania é facilmente reconhecível na área da saúde. De uma situação onde o serviço público era voltado apenas aos trabalhadores contribuintes do mercado formal, passou-se à garantia do direito para todos. Já na Previdência Social, tal critério ficou imbricado ao anterior: paralelamente aos trabalhadores contribuintes com aposentadoria calculada basicamente a partir de suas contribuições, coexistem os trabalhadores rurais e as pessoas com salários muito baixos, aos quais é garantido o piso de um salário mínimo. Na idéia dos constituintes, esse componente cidadão no interior da Previdência Social deveria ser financiado, por sua natureza, por recursos de impostos. Essa prática, contudo, nunca foi implementada, pois o piso de um salário mínimo é financiado pelas contribuições dos trabalhadores, constituindo em uma redistribuição de renda entre os trabalhadores. Essa distorção no financiamento do Regime Geral da Previdência Social (RGPS), nome assumido pela previdência dos trabalhadores do setor privado, terá muitas consequências, o que será mais adiante retomado.

Para garantir o financiamento das despesas de proteção social, ampliadas pela adoção da Seguridade Social, mas também para tornar o financiamento menos dependente das variações cíclicas da economia (principalmente do emprego junto ao mercado formal de trabalho), os constituintes definiram que seus recursos teriam como base o salário (contribuições de empregados e empregadores), o faturamento (trazendo para seu interior o Finsocial⁶ e o Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/Pasep), o lucro líquido das empresas (nova contribuição introduzida na Constituição, a CSLL) e a receita de concursos e prognósticos. Além dessas fontes, a Seguridade contaria com recursos de impostos da União, de estados e municípios.⁷

⁶ O Finsocial deu lugar, em 1991, à Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Confins).

⁷ A Constituição de 1988 não definia, entretanto, como seria a participação dos entes federados no financiamento da Seguridade Social. Em 1997, foi criada a CPMF, cujos recursos vieram se somar àqueles definidos na Constituição. Somente em 13 de setembro de 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional n. 29, estipulando a forma da inserção da União, dos estados e dos municípios no financiamento do SUS.

Mas também os constituintes tiveram o cuidado de definir que esses recursos seriam de uso exclusivo da Seguridade Social. Isso porque a trajetória da proteção social durante o período militar é plena de exemplos de utilização indevida, tal como o uso na construção da represa de Itaipu, da Ponte Rio-Niterói, entre outros. Infelizmente, como descrito mais adiante, nenhum governo que se seguiu à promulgação da Constituição de 1988 cumpriu esse dispositivo.

Um outro aspecto do financiamento da Seguridade Social, que foi alvo da atenção dos constituintes e que está extremamente relacionado com a concepção de proteção social pensada no auge da democratização do país, é o entendimento de que não caberia a existência de vínculo entre fonte e uso no interior da Seguridade Social. Essa compreensão decorria do próprio conceito holístico de proteção social, onde é impensável a cobertura de um risco sem a garantia da cobertura do outro. Dessa forma, a cada ano, quando da discussão do orçamento, seria definida a partilha do conjunto de receitas previstas para os diferentes ramos da Seguridade Social.⁸

A destruição do conceito de Seguridade Social

DO USO INDEVIDO DAS FONTES À ESPECIALIZAÇÃO

Vários são os aspectos que evidenciam as iniciativas e medidas que foram minando o conceito de Seguridade Social ao longo dos governos que se seguiram à promulgação da Constituição Cidadã.⁹ Entre os principais aspectos destacam-se: a utilização de parte de seus recursos para fins alheios à Seguridade Social nos dois primeiros anos após a promulgação da Constituição; a especialização das contribuições de empregados e empregadores para a Previdência Social; a criação de mecanismos que permitiram o acesso da União aos recursos da Seguridade Social e, portanto, a institucionalização de seu uso indevido; as alterações nos critérios de acesso aos benefícios previdenciários, especialmente da aposentadoria; a inclusão, no plano da

⁸ A única vinculação por eles prevista foi a dos recursos do PIS/Pasep, que é dirigida apenas para o programa seguro-desemprego e para o pagamento do abono PIS/Pasep, sendo que 40% de sua arrecadação são destinados a empréstimos realizados pelo BNDES às empresas.

⁹ Ulysses Guimarães, líder histórico do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e presidente da Assembleia Nacional Constituinte, assim 'batizou' a Constituição de 1988 em seu discurso de 27 de julho desse ano, ao anunciar sua aprovação.

análise e da discussão pública, do regime dos servidores, em claro rompimento ao artigo 194 da Constituição.

Recuperar esse desmonte é essencial para a compreensão de como foi frágil o consenso que definiu os contornos da Constituição de 1988, em especial seu capítulo sobre a Seguridade Social. Mais do que isso, indica como no Brasil as políticas sociais são permanentemente subsumidas aos objetivos e aos constrangimentos econômicos de toda ordem. A Constituição de 1988, refletindo o anseio por democracia e pelo resgate da então chamada dívida social, foi um daqueles raros momentos onde tal preceito foi contradito.

A primeira iniciativa contra o conceito de Seguridade Social foi realizada já no primeiro ano que se seguiu à promulgação da Constituição, quando os recursos do então Finsocial e da CSLL foram praticamente alocados em sua totalidade para financiar os Encargos Previdenciários da União (EPU). Essa despesa, que corresponde à cota parte da União no financiamento da aposentadoria dos servidores federais, não diz respeito à Previdência Social da Seguridade Social, pois o regime desses servidores foi mantido à parte pelos constituintes (Marques, 1989). Frente ao repúdio recebido, no ano seguinte tal despropósito foi extremamente reduzido, desaparecendo em 1990. Mas passados apenas três anos, aproveitando-se das dificuldades do RGPS para fazer frente ao aumento da demanda por benefícios,¹⁰ o governo não efetuou a transferência para a área da saúde dos 15,5% da receita de contribuições de empregados e empregadores previstos no orçamento (Médici e Marques, 1994b). Para a área da saúde, essa decisão implicou que solicitasse empréstimo emergencial junto ao Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT); para a Seguridade Social, resultou no uso exclusivo das contribuições para benefícios previdenciários, contrariando o preceito constitucional. Depois de acumulada a prática da especialização, facilmente isso foi regulamentado quando da reforma previdenciária promovida pelo governo Fernando Henrique Cardoso.

A terceira medida contra a Seguridade Social não se fez esperar. Em nome da estabilização da moeda, foi instituída, em 1994, a desvinculação de parte dos recursos da Seguridade Social com a criação do Fundo Social de Emergência. Esse fundo – em 1997 renomeado como Fundo de Estabiliza-

¹⁰ A demanda por aposentadoria, que havia sido contida por conta da favorável expectativa que os trabalhos da constituinte criou, aumentou significativamente após a regulamentação do capítulo da Seguridade Social. Em outras palavras, a demanda ocorrida em 1993 correspondia à demanda somada de vários anos.

ção Fiscal e, em 2000, finalmente para expressar seu verdadeiro caráter, como Desvinculação das Receitas da União (DRU) – permite que 20% das receitas de impostos e contribuições sejam livremente alocados pelo governo federal, inclusive para pagamento dos juros da dívida (Médici e Marques, 1994a; Marques e Mendes, 2001). Essa medida recebeu franca oposição dos setores comprometidos com a Seguridade Social e o Partido dos Trabalhadores fechou questão contra sua aprovação no Congresso Nacional.

Curiosamente, no primeiro ano do governo Lula, esse mesmo partido defendeu e conseguiu aprovar a vigência da DRU até 2007, no texto da reforma tributária. Esquecendo-se de qualquer princípio antes defendido, passou a argumentar que: “Embora os indicadores da economia nacional estejam, hoje, bem melhores do que no passado, a cautela exige que se mantenha vigente tal comando até que as condições macroeconômicas e as incertezas do cenário internacional desapareçam” (Casa Civil, 2003: 1).

Deixando de lado o abandono da defesa do princípio da Seguridade Social, a defesa da manutenção da DRU fundamentou-se em duas falácias. Em primeiro lugar, naquele momento os indicadores da economia nacional não estavam melhores do que no passado, pois o país enfrentava taxas recordes de desemprego – na Grande São Paulo, segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade), o desemprego atingia 20,6% da população ocupada e, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 14,6% –, a taxa nominal de juros básica era de 26,5% e a demanda apresentava claros indicadores de retração da economia (diminuição do Consumo das Famílias e da Formação Bruta do Capital, entre outros componentes). Em segundo lugar, não se tratava de ‘cautela’, e sim de auxiliar na obtenção do nível de superávit primário acertado com o Fundo Monetário Internacional.¹¹

AS RAZÕES DO DESMONTE

Uma das explicações ou justificativas possíveis do processo de destruição do conceito de Seguridade Social pode ser encontrada na situação econômica

¹¹ O superávit primário (excedente entre a receita e a despesa do governo federal, excluídos os juros) era de 3,75% do PIB ao final do governo FHC, conforme negociação realizada com o FMI. Contudo, em 28 de fevereiro, na Carta de Intenção enviada ao FMI, o governo Lula aumentou espontaneamente esse percentual para 4,25%, promovendo cortes no orçamento da União de R\$ 14,1 bilhões, o que reduziu a disponibilidade dos ministérios da área social em 12,44%, por exemplo (Grupo de Estudos e Pesquisas em Conjuntura, 2003).

vivenciada pelo país nos anos que se seguiram à Constituição de 1988. De fato, sem que os determinantes econômicos sejam considerados *per se* os responsáveis pelo desmonte do ideário da Constituição Cidadã, não há dúvida de que todos os governos concederam primazia às questões chamadas econômicas. A forma como essas questões foram e ainda são enfrentadas determinou, de um lado, um cenário negativo para a receita de contribuições de empregados e empregadores – principal fonte do financiamento da Seguridade Social – e, de outro, tornou as demais fontes presas fáceis para a utilização indevida pelo governo federal.

De um lado, o processo inflacionário que foi incessantemente combatido pelos diferentes governos – que resultou na implantação de sete Planos entre 1986 e 1994 –, além de desorganizar a economia, criou um ambiente de incerteza, pois a cada Plano os contratos de toda a ordem sofriam mudanças substantivas. Ao mesmo tempo, a depender da equipe de plantão no Planalto, os juros altos eram (e ainda são) utilizados como um instrumento para contenção da demanda agregada, com vista a estancar o crescimento dos preços. Por outro lado, a problemática do endividamento interno e externo, ao ser ‘resolvida’ mediante o acordo e monitoramento com o Fundo Monetário Internacional (FMI) – que exigiu, entre outros, a privatização das empresas públicas, a realização da reforma previdenciária, a abertura comercial e da conta de capital no balanço de pagamentos e a obtenção de superávits primários nas contas públicas –, completou o quadro definidor do fraco ou inexistente crescimento econômico do país. Destaca-se, ainda, tendo em vista o tamanho do serviço da dívida, o uso da arrecadação de recursos da Seguridade Social na composição do superávit fiscal.

Para melhor apreensão da situação econômica do país nos anos que se seguiram à Constituição de 1988, são apresentados nas Tabelas 1, 2 e 3 a evolução do PIB, da taxa de desemprego, a participação do investimento no PIB, o aumento da carga tributária e as taxas de juros aplicadas no período mais recente. Como pode ser visto, o comportamento do PIB foi errático e, quando apresentou crescimento, foi em nível extremamente afastado de sua taxa histórica (7% ao ano até a década de 1970). Para isso, entre outros fatores, contribuiu o fato de os governos utilizarem, na maior parte do período, os juros altos para, através da contenção da demanda, refrearem o crescimento da inflação. Já no governo Fernando Henrique Cardoso, essa prática visava, além disso, a garantir o afluxo de capital externo para o país, condição para o fechamento das contas do balanço de pagamentos.

As conseqüências disso em termos de investimento e emprego não se fizeram tardar: o primeiro atingiu nível dos mais baixos e o desemprego apresentou taxas recordes. Dois outros aspectos caracterizam esse período e são importantes para o entendimento do tratamento em relação ao financiamento da Seguridade Social e da área da Saúde em particular: os acordos realizados com o FMI e o aumento da carga tributária global, que atingiu 35,5% em 2003. Segundo os especialistas da área, a proposta de reforma tributária encaminhada pelo governo Lula teria como reflexo a elevação da carga tributária para 39,89% do PIB (Afonso, 2003).

O fraco desempenho da economia gerou, como visto na Tabela 1, taxas de desemprego recordes. Mas o reflexo sobre o mercado de trabalho não se fez sentir somente através desse indicador. Em oposição ao ocorrido na década de 1970, quando crescia a formalidade, principalmente entre os assalariados, diminuiu significativamente a participação dos trabalhadores com carteira assinada no total dos ocupados. Esse contingente, junto com os chamados ‘Conta própria’, constitui aquele sobre o qual os braços da Seguridade não se aplicam, com exceção da política de saúde, que é universal (Tabelas 4 e 5).

Tabela 1 – PIB e desemprego

Anos	PIB – Taxa de crescimento	Taxa de desemprego*	Investimento*
1989	3,20	3,35	-
1990	-4,30	4,28	-
1991	1,00	4,82	19,4
1992	-0,50	5,75	17,0
1993	4,90	5,31	18,7
1994	5,90	5,06	20,8
1995	4,20	4,64	21,4
1996	2,70	5,42	20,2
1997	3,30	5,66	20,4
1998	0,10	7,60	19,8
1999	0,80	7,64	18,1
2000	4,40	7,14	18,9
2001	1,40	6,25	19,2
2002	2,70	6,10	18,3
2003	-0,20	10,90	17,1

* Formação bruta do capital fixo como percentual do PIB.

Fonte: IBGE.

Tabela 2 – Evolução da carga tributária global

% do PIB			
Anos	Carga	Anos	Carga
1980	24,5	1992	25
1981	25,3	1993	25,8
1982	26,3	1994	29,8
1983	27	1995	29,4
1984	24,3	1996	29,1
1985	24,1	1997	29,6
1986	26,2	1998	29,6
1987	23,8	1999	31,7
1988	22,4	2000	32,7
1989	24,1	2001	34,1
1990	28,8	2002	35,6
1991	25,2	2003	35,7

Fonte: BNDES, 2003.

Tabela 3 – Taxa de juros – final do período

Anos	Aplicação poupança	Captação CDI/Over	Crédito	
			Capital de Giro	Hotmoney
1997	24,8	36,8	38,1	51,6
1998	14,4	28,6	34,9	34,6
1999	11,8	25,8	34,4	33,3
2000	8,5	17,3	26	20,6
2001	8,5	17,2	29,3	25,3
2002	8,7	17,5	29,8	26
2003	8,9	17,7	30,4	20,6

Fonte: Bacen.

Tabela 4 – População ocupada de 15 anos ou mais por posição na ocupação – %

Anos	Empregados com carteira assinada	Empregados sem carteira assinada	Conta-própria	Empregador	Outros	Total
1991	53,7	20,8	20,1	4,4	1,0	100
1992	51,4	22,2	21,0	4,4	1,0	100
1993	50,5	23,1	21,1	4,3	1,0	100
1994	49,3	23,7	21,8	4,2	1,0	100
1995	48,4	24,1	22,0	4,5	1,0	100
1996	46,7	24,8	22,8	4,6	1,1	100
1997	46,4	24,8	23,3	4,5	1,0	100
1998	45,3	25,2	24,0	4,5	1,0	100
1999	44,1	26,9	23,7	4,3	1,0	100
2000	44,5	26,9	23,5	4,3	0,8	100
2001	45,2	27,1	23,1	3,9	0,7	100
2003	46,9	24,3	22,1	5,7	1,0	100

Fonte: IBGE-PME.

Tabela 5 – Contribuintes e não contribuintes da população ocupada restrita,* por posição na ocupação – 2001

Posição na ocupação	Contribuintes (a)	Não-Contribuintes (b)	Total (c = a + b)	% de Cobertura (a/c)	% de Não-Cobertura (b/c)
Empregados	22.886.767	7.671.263	30.558.030	74,90	25,10
Empregados com carteira	21.464.289	-	21.464.289	100,00	-
Empregados sem carteira	1.422.478	7.671.263	9.093.741	15,64	84,36
Trabalhadores Domésticos	1.554.479	1.780.123	3.334.602	46,62	53,38
Trabalhadores domésticos com carteira	1.443.737	-	1.443.737	100,00	-
Trabalhadores doméstico sem carteira	110.742	1.780.123	1.890.865	5,86	94,14
Por Conta Própria	2.219.627	8.222.945	10.442.572	21,26	78,74
Empregadores	1.698.505	1.042.283	2.740.788	61,97	38,03
Não remunerados	6.118	6.878	12.996	47,08	52,92
TOTAL	28.365.496	18.723.492	47.088.988	60,24	39,76

Fonte: PNAD 2001/IBGE.

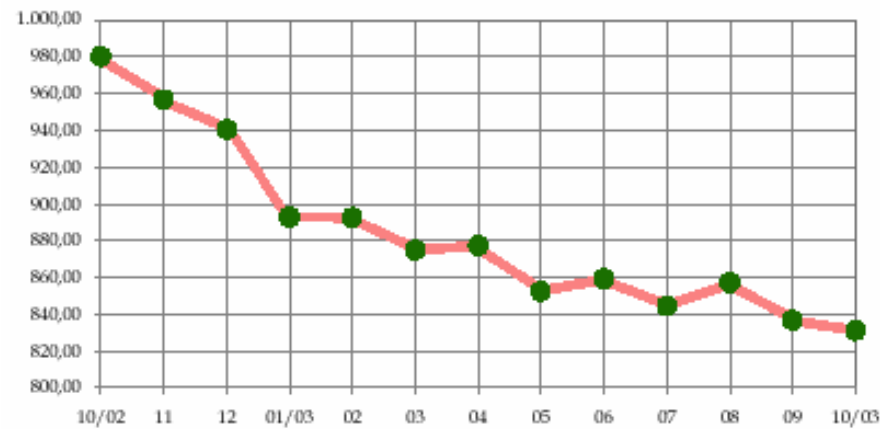
Elaboração: SPS/MPS.

* Pessoas de 16 a 59 anos e com rendimento igual ou acima de 1 salário mínimo (R\$ 180,00 = set/01).

Exclui militares e estatutários.

Em um quadro de desemprego, a precarização do mercado de trabalho (onde a presença cada vez maior dos não-contribuintes é apenas um aspecto) desestabilizou a principal fonte de financiamento da Seguridade Social: as contribuições de empregados e empregadores, calculadas sobre o salário. Para isso, já que o volume de recursos arrecadados é função da massa salarial dos trabalhadores com carteira assinada, também contribuiu a queda do rendimento observada nos últimos anos. O Gráfico 1 apresenta a evolução mais recente do rendimento médio real das pessoas ocupadas e dos assalariados com carteira assinada.

Gráfico 1 – Rendimento médio real habitual das pessoas ocupadas



Fonte: IBGE

Ao mesmo tempo em que o volume da arrecadação a título de contribuições de empregados e empregadores apresentava um desempenho medíocre ou até inferior ao obtido em anos anteriores, a despesa com benefícios sob a responsabilidade da Previdência Social não deixou de crescer. Esse crescimento tem como causa diversos fatores. Além daqueles em geral mencionados – a presença de benefícios de caráter assistencial no interior da previdência, a extensão dos benefícios para os trabalhadores rurais, a adoção de piso correspondente a um salário mínimo, entre outros associados aos novos direitos introduzidos pela Constituição de 1988 –, há dois outros extremamente importantes, os quais são em geral esquecidos.

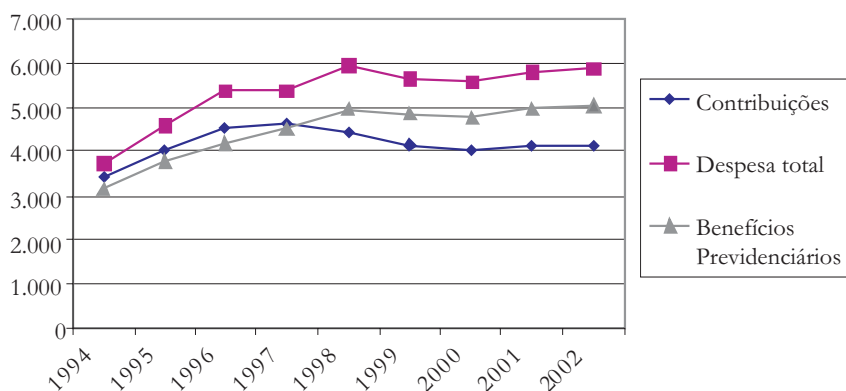
O primeiro dele diz respeito ao fato de a demanda por aposentadorias refletir a situação do mercado de trabalho anterior, quando a ocupação gerava emprego com carteira assinada, isto é, quando a economia brasileira

crescia de forma contínua. Dessa maneira, seria absolutamente esperado que, passado o tempo (no caso, tempo de trabalho), houvesse o crescimento expressivo da demanda por aposentadoria. A ironia está em que esse aumento de demanda vai ocorrer exatamente quando a economia está no vale do ciclo, em recessão ou apresentando fraca expansão.

O segundo aspecto é o impacto que a discussão e as diferentes tentativas de aprovação da reforma previdenciária, na medida em que eram sentidas pela população como perdas de direitos, teve sobre a demanda de benefícios, antecipando-a. Como é sabido, não foram poucos aqueles que solicitaram aposentadoria proporcional, mesmo sabendo que sofreriam redução do valor da aposentadoria. Nas universidades e junto ao setor público, onde muitas vezes o servidor público não se preocupava em requerer sua aposentadoria mesmo se já tivesse preenchido todos os critérios de acesso, o crescimento da demanda chegou a prejudicar o desenvolvimento das atividades.

Tendo em vista a combinação do aumento da despesa com benefícios com o fraco desempenho das contribuições de empregados e empregadores, o que deteriorou as contas da Previdência Social (Gráfico 2), esta área da Seguridade passou a avançar sobre os demais recursos.¹² Ao mesmo tempo,

Gráfico 2 – Previdência Social – 1994-2002. Média anual
(em R\$ milhões julho 1999)



Fonte: MPAS. Elaboração própria.

¹² Em geral, é omitido que parte significativa da despesa da Previdência Social tem caráter assistencial e que, por isso, não deveria ser financiada com contribuições de empregados e empregadores. Esse é o caso das aposentadorias rurais e o piso de um salário mínimo. Para detalhes sobre o uso indevido dos conceitos, ver Marques e Mendes (2004).

dado que na prática o SUS não podia mais contar com os recursos de contribuições de empregados e empregadores, setores vinculados à saúde propuseram a criação da CPMF, o que acabou vigorando em 1997. A Tabela 6 apresenta a distribuição da arrecadação da Cofins, da CSLL e da CPMF entre a Saúde, a Previdência Social e a Assistência Social, para alguns anos. Nela pode-se observar como a Previdência foi absorvendo, aos poucos, parte crescente dos recursos da Seguridade Social.

Tabela 6 – Distribuição da Cofins, da CSLL e da CPMF – %

Fontes	Saúde	Previdência	Áreas afins	Outras áreas (1)	Retido no Tesouro Nacional (2)	Total
Cofins						
1996	33,08	14,04		29,10	23,8	100,0
1997	27,56	44,40		18,72	9,31	100,0
2000	20,47	23,74		35,24	20,54	100,0
2001	20,75	29,47	-	25,86	23,9	100,0
CSLL						
1996	41,71	0,00		20,37	37,92	100,0
1997	48,90	6,76		1,03	43,31	100,0
2000	28,41	22,84		28,34	20,40	100,0
2001	18,01	3,49	-	53,39	26,12	100,0
CPMF						
2000	47,82	33,82		-	18,36	100,0
2001	50,50	25,89	-	-	23,62	100,00
Fundo de combate à pobreza (3)						
2001	4,12	2,44	3,83	-	89,61	100,00

(1) Outros órgãos públicos e finalidades.
(2) DRU e parcela não gasta.
(3) Inclui parcela da CPMF (R\$ 3,031 bilhões correntes). A parcela do IPI não foi arrecadada.
Fonte: Secretaria da Receita Federal/Siafi, extraído de Anfiop, vários boletins.

Nessa situação, onde a Previdência exigia cada vez mais recursos e onde, a cada ano, a Saúde necessitava negociar seu orçamento, é inaceitável que o conjunto da Seguridade Social apresentasse superávits expressivos (Tabela 7), o que ia engordar o superávit primário do governo. Esse uso indevido dos recursos da Seguridade era (e ainda é) justificado como uma compensação ao fraco desempe-

nho da arrecadação dos demais tributos, prejudicados pela situação econômica do país (Tabela 8). Como pode ser observado, entre 1994 e 2002, o total das contribuições (sem considerar as calculadas sobre o salário) aumentou em 14 pontos percentuais sua participação no total dos tributos federais.

Tabela 7 – Receitas e despesas da Seguridade Social (em R\$ bilhões, dez. 2002) (1)

I – Receitas	1999	2000	2001	2002
Receita previdenciária líquida (2)	81,6	81,4	82,7	82,8
Outras receitas do INSS(3)	0,6	0,8	0,8	0,4
Multas sobre contribuição previdenciária	0,0	1,0	0,0	0,0
Cofins	51,2	56,4	61,8	59,5
CSLL	11,2	12,7	12,0	14,5
Concurso de prognóstico	1,6	0,7	0,7	1,2
Receita própria do Ministério da Saúde	1,0	0,8	1,3	1,0
Outras contribuições sociais (4)	1,0	1,5	(nd)	0,4
CPMF	13,2	21,0	22,7	23,6
Total das receitas	161,4	176,3	182,0	183,5
II – Despesas				
Pagamento total de benefícios (5)	99,9	100,1	104,2	107,4
1. Benefícios previdenciários (6)	97,3	93,9	97,5	100,7
* Urbanos	79,3	78,7	78,6	80,8
* Rurais (7)	18,0	15,2	18,9	19,9
2. Benefícios assistenciais	2,6	5,1	5,7	5,9
3. EPU (8)	0,0	1,0	0,9	1,9
Saúde (9)	30,0	29,9	27,9	28,6
Assistência Social geral	1,6	1,5	2,5	0,6
Custeio e pessoal do MPAS (10)	2,9	6,0	4,6	2,8
Ações do fundo combate à pobreza	0,0	0,0	0,3	3,1
Outras ações da seguridade (11)	0,0	0,0	0,0	2,7
Total das despesas	134,4	137,4	139,5	146,3
Saldo final	27,0	38,9	42,5	38,4

(1) Receitas e despesas da Seguridade Social, conforme preceitua o artigo 195 da C. F. (2). Receita líquida = arrecadação (bancária + simples + depósitos judiciais – restituições de arrecadação – transferências a terceiros). (3) Corresponde a rendimentos financeiros, antecipação de receita e outros, segundo o Fluxo de Caixa do INSS. (4) Contribuições sobre o DPVAT (vai para a Saúde), contribuições sobre prêmios prescritos, bens apreendidos (parcela da Assistência Social) (dado não disponível). (5) Benefícios previdenciários + assistenciais + parcela de EPU (legislação especial) (1+2+3). (6) Difere do Fluxo de Caixa do INSS devido à separação das RMVs em item próprio. (7) Dados sujeitos a alteração. (8) Encargos previdenciários da União: benefícios concedidos através de leis especiais, pagos pelo INSS com recursos da Seguridade Social e repassados pelo Tesouro. (9) Inclui ações de saúde do SUS, saneamento e custeio do Ministério da Saúde. (10) Reúne pagamentos realizados a ativos, inativos e pensionistas do INSS, bem como despesas operacionais consignadas. (11) Ações prestadas em outros ministérios. (nd) Dado não disponível.

Fonte: Siafi/2000 e 2001 e Fluxo de Caixa do INSS (dados de Previdência).

Tabela 8 – Arrecadação bruta das receitas federais (em R\$ milhões, julho de 1999)

Anos	Impostos								Contribuições					
	Total Geral	TOTAL(a)	% sobre T. Geral	IR	IPI	COM.(b) Exterior	IOF	TOTAL(b)	% sobre T. Geral	COFINS	PIS/ PASESP	CLL	CPMF	S. Serv.
1994	103.877	67.135	65	31.437	17.266	3.957	6.196	36.740	35,4	17.618	8.765	7.423	-	2.048
1995	111.880	70.506	63	40.042	18.856	6.806	4.417	41.374	37,0	21.045	8.458	8.122	-	2.898
1996	114.019	70.269	62	41.908	19.251	5.236	3.550	43.749	38,4	22.228	9.183	8.230	-	3.208
1997	123.309	71.994	58	42.034	19.385	5.914	4.357	51.315	41,6	22.021	8.739	8.866	7.934	2.994
1998	130.619	80.329	61	50.811	18.083	7.259	3.926	50.289	38,5	20.789	8.369	8.542	9.003	2.753
1999	141.752	80.839	57	51.401	16.401	7.858	4.912	60.913	43,0	31.855	9.852	7.331	7.715	3.126
2000	145.436	76.259	52	49.404	16.464	7.427	2.734	69.177	47,6	34.876	8.789	8.149	12.751	3.171
2001	149.555	77.146	52	51.461	15.442	7.221	2.844	72.410	48,4	36.781	9.041	7.445	13.614	3.017
2002	161.816	82.092	51	59.858	13.753	5.511	2.807	79.724	49,3	35.522	8.68	9.332	14.136	3.058

Deflator: IGP/DI.

(a) Inclui ITR e outros.

(b) Impostos de Importação e Exportação.

Fonte: Secretaria da Receita Federal. Elaboração própria. Extraído de Indicadores Diesp, mar./maio 2003.

O Financiamento do SUS na esfera federal

O gasto público em saúde sempre foi largamente financiado por recursos de origem federal. Para se ter uma idéia, no período de 1980 a 1990, esses recursos representaram 77,7%; nos anos seguintes, em função da implementação do SUS e do crescente comprometimento da instância municipal, a presença relativa do governo federal foi menor, embora ainda hoje constitua a principal fonte. Nos anos 1994, 1995, 1996 e 2000, os recursos federais financiaram 60,7%, 63,8%, 53,7% e 58,3%, respectivamente, do gasto público em saúde (Tabela 9).

Tabela 9 – Gasto público com saúde, segundo origem dos recursos*
(1994-1996 e 2000/2001)

Anos	Federal	%	Estadual	%	Municipal	%	Total	% do PIB
1994	29.235.166,82	60,7	10.656.990,37	22,1	8.292.283,69	17,2	48.184.440,88	3,32
1995	34.669.446,60	63,8	10.200.406,00	18,8	9.472.278,77	17,4	54.342.131,37	3,39
1996	29.651.194,12	53,7	10.224.852,73	18,5	15.316.374,72	27,8	55.192.421,58	3,17
2000	32.082.884,85	58,3	9.593.411,65	17,4	13.367.868,69	24,3	55.044.165,18	3,22
2001	32.063.399,32	56,4	12.682.855,73	22,3	12.112.839,74	21,3	56.859.094,80	3,36

* O GPS com base na 'origem dos recursos' contabiliza as transferências intergovernamentais e os pagamentos dos serviços pela rede própria, estadual e municipal, registrando-as como dispêndio da instância transferidora. Para maiores detalhes, consultar Piola e Biasoto Jr. (2001).

Fonte: Siafi/Sidor para Gasto Federal; IBGE/DECNA para Gasto Estadual e Municipal. Siops, para 2000. Elaboração: Ipea/Disoc. Deflator: IGP-DI.

Mas, em termos absolutos, o financiamento do SUS na esfera federal, no período posterior à Constituição, foi condicionado por dois fatores: o tratamento concedido à Previdência no interior da Seguridade Social e a política de austeridade fiscal implementada pelo governo federal no campo social. Como mencionado anteriormente, desde 1993 a saúde deixou de contar com os recursos das contribuições de empregados e empregadores, principal fonte de seu custeio até então. A partir desse momento, a saúde ficou mais dependente dos recursos do Tesouro Nacional, isto é, seu financiamento passou a depender, mais do que antes, da disponibilidade de caixa do Tesouro Nacional e de negociações realizadas junto à esfera econômica do Governo Federal.

Na segunda metade da década de 1990, para enfrentar o problema do financiamento, já não mais o Ministério da Saúde podia tomar empréstimo junto ao FAT, o que fez em três oportunidades. Foi nesse momento que se iniciou a discussão em torno da criação da CPMF. No primeiro ano de sua vigência, em 1997, sua arrecadação representou 27,87% do total das fontes do financiamento da saúde. Em 1998, essa participação passou para 37,0% e, em 1999, significou 22,0%. Neste último ano, essa redução foi proveniente da sua não-arrecadação durante alguns meses. Nos anos seguintes, sua participação em relação ao total das fontes de financiamento recuperou-se, correspondendo a 31,5%, em 2000, e 28,9%, em 2001.

Porém, mais importante que essa participação é o fato de que embora a criação da CPMF tenha sido justificada como uma necessidade da área da saúde pública, o aporte de seus recursos acabou, num primeiro momento, por deslocar para fora do orçamento da saúde outros recursos e, mais tarde, seu uso foi largamente compartilhado por outros ramos da Seguridade. Isso sem mencionar que parte dos recursos da CPMF foi destinada a atividades alheias à saúde, através da desvinculação propiciada pela existência do antigo Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), hoje DRU. A Tabela 10 apresenta o financiamento do Ministério da Saúde, por fonte.

Tabela 10 – Ministério da Saúde – Distribuição das fontes de financiamento, em porcentagem – 1993-2001

Fontes	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Recursos fiscais	8,9	1,0	3,1	0,2	1,0	10,8	15,1	3,3	14,0
Títulos Tesouro Nacional	15,1	1,6	2,6	3,3	2,8	0,5	0,1	0,7	1,0
Operação de crédito internacional – Moeda	2,6	-	7,6	8,2	-	-	0,1	-	-
Operação de crédito externo – Moeda	0,5	1,2	1,1	0,9	0,5	1,0	0,2	0,8	0,7
Recursos diretamente arrecadados	1,0	2,1	2,4	2,5	2,4	2,6	0,1	0,8	0,7
Contribuições sociais	67,4	54,5	69,3	63,3	73,0	71,0	61,5	80,1	74,9
Contribuições sobre o lucro pessoa jurídica	10,7	12,9	20,2	20,8	19,3	8,0	13,2	13,9	5,2
Cofins	25,1	34,0	49,1	42,5	25,9	26,0	26,3	34,7	40,8
Contribuição de empregados e empregados para a seguridade social	31,6	-	-	-	-	-	-	-	-
CPMF	-	-	-	-	27,8	37,0	22,0	31,5	28,9
Finsocial – Recuperação-Judiciais	-	7,6	-	-	-	-	-	-	-
Fundo de Estabilização Fiscal	-	36,8	11,9	17,7	19,5	13,3	14,5	-	-
Demais fontes	4,5	2,8	2,0	3,9	0,8	0,8	8,4	14,3	8,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total em R\$ bilhões									

Elaboração: Ipea/Disoc; para 2000 e 2001, elaboração própria.
Obs.: O total da Tabela refere-se às fontes de financiamento do gasto bruto executado do Ministério da Saúde (inclui inativos e dívida).
Fonte: Siafi/Sidor apud Piola e Biasoto Jr. (2001: 224); para 1999, apud Reis, Ribeiro & Piola (2001); para 2000 e 2001, dados extraídos do MS/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/Coord. Geral de Orçamento e Finanças.

Apesar das dificuldades enfrentadas, o volume de recursos gastos pela esfera federal foi crescente ao longo dos anos. Deixando de lado a discussão sobre se esse volume foi suficiente para atender as necessidades e também desconsiderando o grau de eficácia dos gastos, é significativo o fato de que essa área, apesar de todas as dificuldades e constrangimentos, conseguiu elevar seu orçamento ao longo dos anos. Para esse resultado foi fundamental o fato de essa área contar com um amplo movimento de apoio, formada por profissionais da área e pesquisadores, muitos deles antigos militantes do então chamado movimento sanitário dos anos 1970-1980, instrumento chave da luta pela universalização da saúde. Prova da importância dessa base de apoio, que se mobiliza rapidamente na defesa das questões do SUS é a atuação da Frente Parlamentar da Saúde, formada por deputados e senadores de diferentes partidos e ideologias.

A Emenda Constitucional n. 29 definindo a participação da União, dos estados e dos municípios no financiamento do SUS

Entre as várias lutas na defesa de recursos para o SUS, destaca-se aquela que resultou na aprovação da Emenda Constitucional n. 29 (EC 29),¹³ em outubro de 2000. Segundo essa emenda, no primeiro ano de sua vigência, os estados e municípios deviam alocar pelo menos 7% das receitas de impostos e transferências constitucionais, sendo que esse percentual deveria crescer anualmente até atingir, para os estados, 12% em 2004 e, para os municípios, 15%. Para a União, definia para o primeiro ano o aporte de pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior seria corrigido pela variação do PIB nominal. Em relação à União, a EC 29 não explicita qual é a origem dos recursos e, em relação à Seguridade, é omissa, como se não houvesse disputa por seus recursos.

A aprovação da EC 29 foi vista e sentida como um grande avanço, pois além de definir a participação de cada esfera de governo no financiamento do SUS, garantia um mínimo de recursos, como demonstrado em Favaret (2001). Contudo, não se fez tardar os conflitos, que em parte obstaculizaram sua automática e plena aplicação.

¹³ Para a caracterização de cada proposta de vinculação/reordenamento de recursos para o financiamento da saúde, ver Marques e Mendes (1999) e Piola e Biasoto Jr. (2001).

Em nível da União, o texto da EC 29 deu origem à acirrada discussão entre o Ministério da Saúde e o da Fazenda. Na interpretação do Ministério da Saúde, o ano-base para efeito da aplicação do adicional de 5% seria o de 2000 e o valor apurado para os demais anos seria sempre o do ano anterior, ou seja, calculado ano a ano. Para o Ministério da Fazenda, contudo, o ano-base seria o de 1999, somente acrescido das variações nominais do PIB ano a ano. Essa diferença de interpretação resultava, já no orçamento de 2001, em R\$ 1,19 bilhão, o que permitiria, por exemplo, a duplicação dos recursos do Programa Agentes Comunitários em relação a 2000. A Advocacia Geral da União (AGU) deu ganho de causa para o ministro Malan, mas a discussão teve prosseguimento, perpassou todo o primeiro ano do governo Lula e ainda não está resolvida.

No caso dos estados, sua maioria destinava 6% em 2000. Dessa forma, a aplicação da EC 29 estaria ampliando essa participação. Mas nos anos que se seguiram à promulgação da emenda, seu cumprimento por parte dos estados tem sido difícil.

Segundo o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops/MS), em 2001, 17 dos 27 estados deixaram de aplicar, juntos, mais de R\$ 1 bilhão em ações e serviços de saúde, descumprindo a EC 29, o que seria suficiente para sustentar todas as atividades de saúde executadas pelo município de São Paulo em 2001. Nas regiões Sul e Centro-Oeste, nenhum estado cumpriu a emenda no ano de 2001. No Sudeste, somente São Paulo (8,94%) e Espírito Santo (9,39%) o fizeram. No Nordeste, os que cumpriram foram Paraíba (10,42%) e Pernambuco (10,94%). No Norte, que teve o melhor desempenho, só o Estado do Amapá deixou de aplicar o devido em saúde.

Mas, para a obtenção desses resultados, alguns desses estados incluíram, como se fossem gastos em saúde, as despesas com inativos, empresas de saneamento, habitação urbana, recursos hídricos, merenda escolar, alimentação de presos, hospitais de ‘clientela fechada’ (como hospitais de servidores estaduais). E tudo isso a despeito da existência de parâmetros claros e acordados entre o Ministério da Saúde, os estados e seus tribunais de contas para a definição de despesas de ações e serviços de saúde. Dessa forma, mediante ‘artifícios’, os estados desconhecaram esses parâmetros e incluíram gastos alheios à saúde para atingirem sua meta.

Para agilizar a aplicação da EC 29, o Conselho Nacional de Saúde, em conjunto com outras entidades, elaborou o documento “Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulamentação da EC 29”. A partir daí,

o Ministério da Saúde promoveu, entre setembro de 2001 e setembro de 2002, três seminários com os tribunais de contas da União, a comissão de Seguridade Social da Câmara e do Senado, o Conass e o Conasems. Esses seminários visavam a construir uma interpretação homogênea e assegurar os objetivos que motivaram a aprovação da emenda. Depois de um intenso debate, foi aprovada, pelo Conselho Nacional de Saúde, a Resolução n. 316, de 4 de abril de 2002, substituída depois pela Resolução n. 322, de 8 de maio de 2003, a qual foi homologada pelo ministro da Saúde. Essa última resolução, então, ao dispor sobre dez diretrizes a respeito dos temas abordados no âmbito dos seminários, constituiu-se no grande instrumento chave do consenso entre as entidades ligadas à saúde e na peça principal de orientação para o projeto de regulamentação da EC 29. Para finalizar os encaminhamentos pró-regulamentação da EC 29, durante o ano de 2003, foram realizados, em Brasília, mais dois seminários, promovidos pela Câmara Técnica do Siops e pela Comissão para Elaboração de Proposta de Lei Complementar (PLC) do Ministério da Saúde, onde foi intensa a discussão das entidades presentes.

Para os municípios, tanto das capitais como do interior, as informações do Siops indicam o cumprimento da EC 29. Aliás, o gasto em saúde dessa esfera governamental sempre foi elevado desde 1998, implicando que a vinculação realizada pela EC 29 não chegasse a alterar o quadro do financiamento da saúde em nível dos municípios. Em 2002, esse gasto atingiu 16,0%, sendo que os municípios do Estado do Amapá – os últimos colocados – apresentaram uma aplicação de 12,2% e os do Estado do Mato Grosso – os primeiros – registraram 18,1%.

Em termos da natureza do gasto, também alguns municípios incluíram inativos. Mesmo em gestões progressistas, historicamente defensoras da saúde pública, houve um acirrado embate entre a área da saúde e a das finanças. Os secretários de Finanças defenderam, interpretando indevidamente a emenda, que os 15% definidos como o mínimo seria exatamente o percentual que eles aplicariam, mesmo que as necessidades exigissem gastos maiores. Dessa maneira, tal como no plano macroeconômico, a descentralização da saúde subordinou-se à lógica do ‘econômico-contábil’, onde os secretários de finanças entendem que a receita condiciona a despesa.

É importante destacar que a questão do financiamento do SUS está ainda em discussão e a EC-29 permanece em processo de negociação. A Comissão

de Seguridade Social da Câmara dos Deputados aprovou, em 11 de agosto de 2004, o projeto de lei complementar, de autoria do deputado Roberto Gouveia, que atualiza os percentuais mínimos de participação da União, dos estados e municípios para o financiamento da saúde, garantido pela EC 29. Mas a proposta ainda deve ser apreciada pelas comissões de Finanças e Tributação e de Constituição e Justiça, antes de ser votada em plenário.

Esse projeto de lei lança uma inovação no financiamento do SUS em nível federal, uma vez que no lugar do crescimento nominal do PIB introduz as receitas correntes brutas, estabelecendo, assim, que a União aplicará anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, o montante equivalente a 10% de suas receitas correntes brutas, compreendendo o Orçamento Fiscal e o Orçamento da Seguridade Social.

O mesmo projeto de lei nada muda em relação à participação do SUS no gasto das esferas infranacionais: os estados e o Distrito Federal deverão aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% da arrecadação dos impostos, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios. Por sua vez, os municípios deverão destinar ao SUS, no mínimo, 15% da arrecadação das suas receitas tributárias próprias.

De todas formas, a garantia de recursos para a área da saúde, bem como o impedimento de seu uso indevido, ainda continuam dependentes da capacidade de mobilização de sua base de apoio. Exemplo disso foi o que ocorreu com o orçamento do Ministério da Saúde para 2004, quando houve a tentativa de incluir como ações e serviços públicos de saúde as despesas realizadas com os EPU e com o serviço da dívida, bem como a dotação dos recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. A reação contrária do Conselho Nacional de Saúde e da Frente Parlamentar da Saúde resultou na mensagem do Poder Executivo ao Congresso Nacional criando o parágrafo 3 para o artigo 59, onde, para efeito das ações em saúde, são deduzidos os EPU e o serviço da dívida. Contudo, nenhuma menção foi feita ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, cujos recursos previstos atingem R\$ 3.571 milhões.

A inclusão da alimentação e nutrição e saneamento básico, atividades previstas para serem financiadas com o Fundo da Pobreza, contrariavam o parágrafo 2 do artigo 198 da Constituição, os artigos 5 e 6 da Lei n. 8.080/90 e a Resolução n. 322 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, mesmo se fossem considerados os recursos do Fundo da Pobreza, o orçamento do Ministério da Saúde para 2004 não cumpriria o disposto na EC 29: no lugar

de R\$ 32.930 milhões (orçamento de 2003 mais a variação nominal do PIB 2003/2002 de 19,24%, segundo as projeções do IBGE), foi encaminhada uma proposta de R\$ 32.481 milhões, ou seja, menor em R\$ 449 milhões. Somando-se esses R\$ 449 milhões aos R\$ 3.571 milhões do Fundo de Pobreza, o SUS, em nível do Ministério da Saúde, estaria sendo ‘desfinanciado’ em R\$ 4.020 milhões. Para efeito de grandeza, é como se orçamento de 2002 tivesse sido diminuído em 14,8%.

Vale ainda lembrar que, ao final, como resultado das negociações para superar o impasse entre a institucionalização do SUS e a austeridade fiscal perseguida pela área econômica do governo, foi reintroduzido, na Lei n. 10.777, de 25 de novembro de 2003, o conteúdo do parágrafo 2 do artigo 59 da Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2004 (LDO/2004), que havia sido vetado pelo presidente. Dessa maneira, ficou assegurado que os encargos previdenciários da União, os serviços da dívida e a parcela das despesas do ministério financiada com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza não seriam considerados como ações e serviços públicos de saúde. Mas para que o SUS tenha, de fato, seus recursos garantidos, faz-se necessária a regulamentação da EC 29.

A alocação de recursos do governo federal às esferas estadual e municipal no âmbito do SUS: o processo de descentralização e o financiamento

Com a institucionalização do SUS, a partir do início da década de 1990, o modelo organizacional do sistema de saúde brasileiro perdeu sua tendência ‘estadualista’ desenhada pelo Suds, passando a ‘municipalização’ a se constituir no eixo condutor do processo de descentralização do sistema. O sistema de alocação de recursos no âmbito do SUS começou a ser desenhado, a partir do governo Collor, por Normas Operacionais. Como se verá a seguir, a primeira passou totalmente à margem dos preceitos da Lei Orgânica da Saúde¹⁴ (que estabelecia critérios de distribuição de recursos) e da Lei n. 8.142/90 (que estabelecia a regularidade e automaticidade das transferências).

¹⁴ Esta lei estabelecia que a metade dos recursos financeiros relativos às transferências federais a estados e municípios deveria se dar em base ao tamanho da população e outra metade a partir da conjugação de critérios referentes ao perfil epidemiológico e demográfico, à capacidade instalada, ao desempenho técnico, econômico e financeiro e à previsão do plano quinquenal de investimentos.

Assim, como apontado em Ugá et al. (2003), a Norma Operacional Básica SUS (NOB 91) instituiu, com outra lógica, um sistema de alocação de recursos estruturado em quatro fluxos: a) o destinado ao financiamento das internações hospitalares, baseado no pagamento direto, por parte do Ministério da Saúde, aos prestadores de serviços, públicos e privados, mediante sistema de pagamento prospectivo por procedimento; b) o relacionado ao financiamento de assistência ambulatorial, calculado em base *per capita* – Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) –, com valores diferenciados entre grupos de estados, multiplicados pelo tamanho da população; c) o referente aos recursos destinados a investimentos em equipamentos e ampliação das unidades assistenciais já existentes – Unidade de Capacitação da Rede (UCR) –, que constituía um adicional de 1% a 5% do teto ambulatorial e era inversamente proporcional ao valor da UCA; d) o fator de estímulo à municipalização, calculado com base em um valor *per capita* correspondente a 5% do valor da UCA, multiplicado pelo tamanho da população, destinado aos municípios que cumprissem os requisitos estabelecidos pela Norma.

Evidentemente, os dois primeiros fluxos foram os determinantes na alocação de recursos entre esferas de governo no âmbito do SUS. No que tange à assistência hospitalar, estabeleceu-se, para cada estado, uma quota máxima em número de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Deve-se mencionar que este sistema instituiu uma distribuição de recursos determinada meramente pela capacidade instalada e, por outro lado, retirava dos gestores municipais e estaduais do SUS qualquer poder na definição do processo alocativo.

Assim como referido em Ugá (1991), a NOB 91 foi um instrumento de centralização do sistema de saúde, tendo em vista que: a) não implementou o caráter automático das transferências intergovernamentais, uma vez que o financiamento da atenção médico-hospitalar se efetuava mediante pagamento direto do Ministério da Saúde aos prestadores; b) reduziu a atenção à saúde à mera prestação de ações médico-assistenciais, desconsiderando a importância das ações de alcance coletivo; c) passou a tratar as esferas infranacionais de governo como meros prestadores de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais como se atuassem por ‘delegação’ ministerial e não em consonância com a diretriz constitucional da descentralização.

Assim, a política implementada no governo Collor, através da NOB 91, distorceu um dos princípios fundamentais do SUS, ferindo o processo de descentralização que vinha sendo desenvolvido até então. Em 1993, a Norma Operacional do Ministério da Saúde (NOB 93) caminhou em direção ao resga-

te do processo de descentralização do sistema ao estabelecer três níveis de autonomia de gestão das esferas infranacionais: ‘incipiente’, ‘parcial’ e ‘sempierna’. Neste último, as secretarias estaduais e municipais de Saúde, atendido o cumprimento de alguns pré-requisitos, passaram a receber um volume global de recursos para cobertura assistencial e a dispor sobre a sua aplicação.

Ainda, estabeleceu tetos financeiros para cobertura hospitalar, o qual possibilitou, por um lado, efetuar transferências diretas fundo a fundo, e, por outro, adotar maior transparência na distribuição de recursos. No que tange aos recursos destinados à cobertura dos serviços ambulatoriais, a modalidade de alocação incorporada a partir de 1991 não foi alterada.

Um entendimento básico então pactuado pela NOB 93 foi o de que a descentralização deveria ser um processo lento e gradual, com liberdade de adesão por parte das unidades federadas, e que as instâncias locais de governo, paulatinamente, se habilitariam institucional e tecnicamente a adquirir maior grau de autonomia de gestão.

A criação, nesse período, das Comissões Intergestores Bipartites e Tripartite representou, fundamentalmente, o estabelecimento de um espaço de concertação das políticas setoriais entre as três esferas de governo, constituindo-se, também, em mecanismo de democratização do processo decisório. Foi nesse espaço de pactuação que foi sendo construída, num demorado mas democrático processo, a NOB 96.

Esse novo instrumento veio consolidar e aprofundar os avanços no sentido da descentralização. Com a NOB 96, as modalidades de gestão de estados e municípios foram reduzidas a duas: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema, para os municípios; e gestão avançada do sistema e gestão plena do sistema, para os estados. Essa norma introduziu, ainda, um processo de programação pactuada e integrada entre as três esferas de governo das atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, construindo um novo modelo de atenção que dá ênfase à promoção da saúde e à atenção básica.

A esse novo modelo assistencial, corresponderam mudanças no sistema de transferências intergovernamentais, através do Piso de Atenção Básica (PAB), que consistiram, fundamentalmente: a) na criação de um valor *per capita* nacional para o custeio de procedimentos de atenção básica correspon-

dentes aos procedimentos de assistência básica – isto é, a parte fixa do PAB; b) na criação de incentivos financeiros para a implantação de programas e ações específicos.

Porém, o financiamento de média e alta complexidade ambulatorial, medicamentos e insumos excepcionais – Fração Assistencial Especializada (FAE) e Procedimentos de Alto Custo/Complexidade (Apac) – manteve a estrutura tradicional de remuneração por serviços produzidos, exceto para os municípios em gestão plena de sistema que recebiam direta e automaticamente ('fundo a fundo'), nos limites do teto financeiro da assistência para eles estabelecido, os recursos para este campo de provisão do sistema.

Outras importantes inovações previstas na NOB 96 sequer foram operacionalizadas. É o caso do Índice de Valorização de Resultados (IVR) e do Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (Ivisa).

Este modelo de alocação intergovernamental de recursos é o que vigora até hoje, no âmbito do SUS. Ele peca pela excessiva fragmentação na distribuição de recursos para as esferas infranacionais que compromete a autonomia dos governos municipais e estaduais na alocação de recursos e, portanto, na formulação e implementação de políticas.

Assim, como apontado em Ugá et al. (2003), existem atualmente quatro grandes fluxos de recursos que, por sua vez, estão subdivididos em vários tipos de repasses financeiros. Alguns correspondem a transferências globais de recursos calculadas em base a um valor *per capita*, outros se constituem em incentivos à implementação de programas específicos e outros se referem ao pagamento por serviços médico-assistenciais prestados pelas unidades pertencentes às esferas infranacionais de governo. Assim, os grandes fluxos de transferências intergovernamentais conformados ao longo da implementação da NOB 96 são:

- O PAB, compreendendo uma parte fixa (calculada com base em um valor *per capita* multiplicado pelo tamanho da população) e uma parte variável, destinada ao estímulo financeiro à implementação dos seguintes programas: Programa de Agentes Comunitários (Pacs), Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN), Ações Básicas de Vigilância Sanitária e Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.
- Os recursos destinados a procedimentos ambulatoriais de alto e médio custo/complexidade, que incluem a FAE, destinada ao financiamento de procedimentos de média complexidade, medicamentos e

insumos especiais e órteses e próteses ambulatoriais; a Apac, relativa ao financiamento de procedimentos de alto custo/complexidade (pagamentos diretos) e o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), destinado a compensar os municípios pela realização de procedimentos de alta e média complexidade para pessoas não residentes e, ainda, à municipalização das unidades da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), ao financiamento de medicamentos excepcionais e à assistência à população indígena;

- Os recursos destinados a ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária (distribuídos segundo valores *per capita*, aos quais se adicionam incentivos proporcionais ao volume de arrecadação de taxas de fiscalização);
- Os recursos transferidos sob a forma de pagamentos prospectivos por procedimento (via AIH) combinados com fatores de compensação a unidades que atuam com custos hospitalares diferenciados – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa (Fideps), destinado a hospitais de ensino e pesquisa, e Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVHE).

Este sistema foi mantido pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas), aprovada em 2001, que regula fundamentalmente a estruturação do processo de regionalização e hierarquização do sistema de saúde e, portanto, da distribuição regional da assistência de alta e média complexidade.

A evolução do gasto federal em saúde

Apesar de a participação relativa do governo federal no financiamento do SUS ter diminuído, ele continua sendo o agente definidor da política de saúde no território nacional, através das Normas Operacionais referidas. Nos últimos anos, todos seus esforços têm sido dirigidos no sentido de alterar o modelo da assistência em saúde, priorizando a atenção básica. Para se entender a abrangência dessa mudança, é preciso analisar com cuidado a evolução dos recursos federais.

No período recente, os pagamentos diretos (que absorviam 71,3% dos recursos federais em saúde, em 1997) caíram para 19,7% em 2003. Essa diminuição resultou no aumento da participação relativa das transferências ‘fundo a fundo’: de 28,66% para 80,6%, respectivamente (Tabela 11), revelando um efetivo processo de descentralização.

Nesse mesmo período, como reflexo da expansão das transferências, aumentou a participação da despesa com média e alta complexidade (de 28,7% para 51,9%, entre 1997 e 2003) e da atenção básica. Esta última passou a absorver, em 2003, 25,68% dos recursos federais transferidos para estados e municípios. Contudo, como pode ser observado, a ampliação da atenção básica no total de recursos repassados pelo governo federal foi de apenas 0,32 ponto percentual, entre 2002 e 2003, refletindo a priorização que a Noas-2001 concedeu ao nível da média e alta complexidade nesses últimos anos. Além disso, embora a Noas-2001 tenha se preocupado em ampliar o PAB (PAB ampliado), o que resultaria na elevação clara da participação desse nível de atenção no total dos recursos federais, poucos municípios se habilitaram para essa modalidade durante os anos de 2001, 2002 e 2003.

Tabela 11 – Recursos federais do SUS por tipo de despesa – 1997-2001*
(em % e R\$ milhões, dezembro de 2003)

Tipo de despesa	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Remuneração por serviços produzidos	71,34	55,31	45,88	38,99	33,41	30,77	19,70
Atendimento ambulatorial (MS)	38,24	26,31	20,76	19,81	17,82	16,76	11,39
Internações hospitalares (MS)	33,10	29,00	25,11	19,18	15,59	14,01	8,31
Transferências	28,66	44,69	54,12	61,01	66,59	69,23	80,30
Média e alta complexidade	28,66	29,01	32,77	36,41	40,62	41,69	51,90
Assistência hospitalar e ambulatorial (média e alta complexidade)	22,74	26,14	30,83	32,75	35,18	35,09	43,24
Fator de recomposição – 25%	5,68	1,93	-	-	-	-	-
Outros	0,23	0,93	1,95	3,66	5,44	6,60	8,66
Atenção básica	-	15,68	21,35	24,60	25,06	25,36	25,68
PAB fixo e ampliado (a partir de 2002)	-	13,30	15,54	14,03	12,22	11,30	10,96
PAB variável	-	2,38	5,52	10,20	12,23	13,37	14,11
Outros	-	-	0,29	0,37	0,62	0,68	0,61
Ações estratégicas	-	-	-	-	0,91	2,19	2,72
Total	100	100	100	100	100	100,00	100,00
	15.441,27	17.592,90	19.514,55	19.525,10	20.519,93	19.748,95	17.913,48

* Regime de competência.

Deflator: IGP-DI

Fonte: Datasus (Elaboração própria).

Também ocorreram alterações na importância relativa dos componentes da atenção básica. Comparando-se o ano de 2001 ao de 1998, verifica-se que o PAB variável aumentou sua participação no uso dos recursos federais transferidos, tendo inclusive caído a do PAB fixo. É importante chamar a atenção que o PSF se insere no interior do PAB variável e que essa modalidade de transferência é constituída de diferentes incentivos, que ‘premium’ os municípios que desenvolvem os programas.

O aumento de importância da atenção básica também é verificado através do gasto do Ministério da Saúde. Entre 1998 e 2003, a despesa com a atenção básica passou de 15,68% para 25,68% do total da despesa desse ministério (Tabela 12).

Tabela 12 – A atenção básica e o gasto do Ministério da Saúde – 1998-2003 (Em % e R\$ 1.000 de dezembro de 2003)

Itens de despesa	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Atenção básica	15,68	21,35	24,60	25,06	25,36	25,68
PAB fixo e ampliado (a partir de 2002)	13,30	15,54	14,03	12,22	11,30	10,96
PAB variável	2,38	5,52	10,20	12,23	13,37	14,11
Programa Agentes Comunitários de Saúde	1,11	1,84	2,28	2,11	2,49	2,79
Programa de Saúde da Família	0,51	0,97	3,00	3,88	4,94	5,94
Projeto similar ao PSF	-	-	-	0,00	0,00	0,00
Farmácia básica	-	1,14	1,31	1,15	1,09	0,91
Incentivo a ações básicas de vigilância sanitária	0,28	0,34	0,31	0,28	0,27	0,25
Incentivo às ações de combate à carência nutricional	0,48	1,23	1,26	1,08	0,55	-
Epidemiologia e controle de doenças	-	-	2,05	3,51	3,33	3,29
Incentivo à saúde bucal	-	-	-	0,21	0,36	0,48
Programa de expansão do PSF-Proesf	-	-	-	-	-	0,12
Cadastro nacional de usuários do SUS	-	-	-	-	0,09	0,04
Incentivo adicional Pacs	-	-	-	-	0,26	0,25
Incentivo às ações de controle da tuberculose	-	-	-	-	-	0,01
Intensificação das ações de vigilância e controle da tuberculose	-	-	-	-	-	0,03
Outros	0,00	0,29	-	0,62	0,68	0,61
Total de recursos federais	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	17.592,9	19.514,6	19.525,1	20.519,9	19.748,9	17.913,5

Deflator: IGP-DI.

Fonte: Datasus. Regime de Competência. (Elaboração própria).

Em relação ao PAB fixo e variável, entre 1998 e 2003 cresceu significativamente a importância desse último, principalmente devido à expansão do Pacs/PSF. A introdução de incentivos, a partir de 1998, estimulando os municípios a incorporar programas que lhe acrescentam receita financeira, significou, sem sombra de dúvida, aumento de poder do governo federal na indução da política nacional de saúde, especialmente no campo da atenção básica. Esse aumento de poder da instância federal na determinação da política de saúde, embora tenha como foco as ações e os serviços de atenção básica e, por isso, seja veículo da transformação do modelo assistencial, não é isento de problemas e contradições.

Em primeiro lugar, é preciso observar que a NOB 96 – em que pese ser um importante instrumento na operacionalização da descentralização do sistema, ao incrementar as transferências diretas fundo a fundo no campo da atenção básica –, pode impedir ou obstaculizar a construção de uma política de saúde fundada nas necessidades do nível local. Isso porque, ao introduzir o mecanismo de transferência para o PAB, rompendo com a lógica de repasse global para a saúde de forma integral (NOB 93), criou as condições para o surgimento das políticas de incentivos financeiros que se seguiram posteriormente. E, na prática, o que se observou nesses últimos anos foi que a política de incentivos teve pleno sucesso, de modo que os municípios concentraram suas ações no nível de atenção básica (Marques e Mendes, 2003a).

Comentários finais

O SUS vem sendo alvo, há alguns anos, de críticas que, guiadas pelos ventos neoliberais e alimentadas através das diversas propostas acenadas pelas agências internacionais, apontam no sentido da inviabilidade do modelo *beveridgeano* que pretende seguir.

Entretanto, as evidências apresentadas ao longo deste artigo demonstram que os obstáculos enfrentados ao longo da implementação do SUS, no que diz respeito ao seu financiamento, não são inerentes ao modelo de sistema de saúde em que ele se inspira, sendo, ao contrário, fruto de fatores extra-setoriais relacionados, fundamentalmente, às políticas de ajuste macroeconômico que vinculam nada menos que a metade do gasto público ao pagamento das despesas com juros, encargos e amortização da dívida interna e externa.

Por sua vez, a saúde tem representado, desde 2000, sempre menos de 17% do orçamento da Seguridade Social e cerca de 5% da despesa total efetiva federal, com o qual é realmente questionável a eficácia de qualquer política de contenção do gasto social frente à manutenção da atual magnitude da despesa financeira da União. A atual DRU (implantada desde 1994 através do Fundo Social de Emergência, rebatizado de Fundo de Estabilização Fiscal) é uma evidência da prioridade absoluta do ajuste fiscal, em detrimento do cumprimento do dever do estado no financiamento de políticas sociais cidadãs.

Outro fator que tem gerado a necessidade de financiamento do setor público é renúncia fiscal historicamente praticada pelo Estado brasileiro e particularmente aprofundada a partir da década de 1990. Em primeiro lugar, deve-se mencionar a receita que o Estado deixa de arrecadar através do Imposto de Renda sobre pessoas físicas e jurídicas, seja através dos rendimentos considerados não-tributáveis e como mediante as deduções (de gastos privados em saúde, educação etc.) que, juntos, resultaram numa renúncia fiscal de mais de 2% do PIB (Ugá, 1997b). Outro fato altamente questionável é o pagamento, com recursos da União, de planos de saúde privados para os funcionários públicos, que também reduz a quantidade de recursos disponíveis para a saúde coletiva.

Graças à intensa mobilização de distintos atores sociais (profissionais da área, usuários e prestadores de serviços), através de diferentes movimentos, foi possível garantir um volume de recursos que, entretanto, ainda é insuficiente se comparado com o dos países que asseguram aos seus cidadãos o acesso universal à saúde.

Outro passo importante ainda a ser dado diz respeito à flexibilização no uso dos recursos provenientes de transferências federais: se, por um lado, é expressivo o aumento das transferências efetuadas ‘fundo a fundo’, por outro, é insatisfatório o grau de discricionariedade dos gestores estaduais e municipais sobre a alocação dos recursos oriundos dessas transferências.

Referências bibliográficas

- AFONSO, J. R. Reforma ou recarga? In: SEMINÁRIO REFORMA TRIBUTÁRIA, 2003, São Paulo. Disponível em: <www.federativo.bndes.gov.br>.
- CASA CIVIL. *Exposição de Motivos: Proposta de Emenda Constitucional Reforma Tributária*. Brasília: Casa Civil, 2003.

- FAVARET, A. C. et al. Estimativa do impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde. *Cadernos de Economia da Saúde*, série J(4): 36, 2001.
- GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM CONJUNTURA. *Universidade Federal do Espírito Santo*, 26: 2003.
- LOPES, J.; TAPIA, J. & MACCHI, C. *Novos Parâmetros para a Reorganização da Política Social Brasileira*. 1993. (Mimeo.)
- MARQUES, R. M. Os problemas da Previdência e da Seguridade Social no primeiro semestre de 1989. *Texto para Discussão*, 25: 37-47, 1989.
- MARQUES, R. M. & MENDES, A. Financiamento: a doença crônica da saúde pública brasileira. In: V ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, 1999, Salvador. *Anais...* Salvador: Abres, 1999. p. 213-237.
- MARQUES, R. M. & MENDES, A. O financiamento da atenção à saúde no Brasil. *Pesquisa & Debate*, 12 (1/19): 65-91, 2001.
- MARQUES, R. M. & MENDES, A. O papel e as conseqüências dos incentivos como estratégia de financiamento das ações de saúde. In: *Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde*, 4. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/SAS/Ministério da Saúde, 2003.
- MARQUES, R. M. & Mendes, A. O governo Lula e a contra-reforma previdenciária In: *Emprego e Trabalho: uma visão multidisciplinar*. Maringá: PME-UEM, 2004.
- MÉDICI, A C. & MARQUES, R. M. *O Fundo Social de Emergência e o Financiamento da Política Social no Biênio 1994/1995*. Nota Técnica n. 5. São Paulo: Fundap/Iesp, 1994a.
- MÉDICI, A. C. & MARQUES, R. M. Financiamento e desempenho das políticas sociais 1980-1991. *Revista Saúde em Debate*, 42: 28-32, 1994b.
- PIOLA, S. & BIASOTO JR., G. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, B. & GIOVANNI, G. (Orgs.). *Brasil: radiografia da saúde*. São Paulo: Unicamp, 2001.
- REIS, C. O. O.; RIBEIRO, J. A. C. & PIOLA, F. Financiamento das Políticas Sociais nos Anos 1990: o caso do Ministério da Saúde. *Texto para Discussão*, 802: 2001. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/pub/td/tda2001a.html>>.
- UGÁ, M. A. D. Crise econômica e políticas sociais: elementos para discussão. *Cadernos de Saúde Pública*, V(3): 1989.
- UGÁ, M. A. D. Descentralização e democracia: o outro lado da moeda. *Revista Planejamento e Políticas Públicas*, 5: 87-104, 1991.
- UGÁ, M. A. D. Ajuste e política social: a experiência latino-americana. *Revista Archetypoon*, 5: 1994.

- UGÁ, M. A. D. Ajuste estrutural, governabilidade e democracia. In: GERSCHMAN, S. & VIANNA, M. L. W. *A Miragem da Pós-Modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997a.
- UGÁ, M. A. D. *Propostas de reforma do setor saúde nos marcos do ajuste macroeconômico*, 1997b. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- UGÁ, M. A. D et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2): 417-438, 2003.
- UGÁ, M. A. D. & SANTOS, I. S. Relatório parcial de pesquisa do Projeto Justiça no Financiamento do Setor Saúde. 2004. (Mimeo.)

7. CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO: UM PARADOXO NA REFORMA SANITÁRIA

Reinaldo Guimarães

Uno de los proyectos que (...) me acompañan, que de algún modo me justificarán ante Dios, y que no pienso ejecutar (porque el placer está en entreverlos, no en llevarlos a término) (...).

Jorge Luis Borges (1996: 359)

Antes da abordagem do assunto específico – as relações entre a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS) e as atividades de ciência, tecnologia e inovação (C&T&I) em saúde no Brasil –, será apresentada uma súmula de dados gerais e agregados sobre essas atividades no país.

Em primeiro lugar, cabe uma delimitação. Por motivos variados, a pesquisa em saúde costuma ser circunscrita, mesmo em alguns ambientes especializados, ao seu maior – mas de modo algum exclusivo – componente: a pesquisa biomédica. Essa imprecisão conceitual gerou uma complicação metodológica e uma acomodação empírica. A complicação foi a de considerar ‘saúde’ como uma área do conhecimento, quando se trata de um setor de aplicação ou de atividade. A acomodação empírica subsequente foi medir o esforço de pesquisa em saúde pelo somatório daquilo que na árvore do conhecimento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) está incluído nas grandes áreas das ciências da saúde e das ciências biológicas.

Numa perspectiva conceitual expandida e numa abordagem setorial, o esforço de pesquisa em saúde no Brasil incorpora cerca de 25% de toda a pesquisa realizada no país. Dos grupos de pesquisa que possuem pelo menos uma

linha de pesquisa em saúde humana em andamento, cerca de 50% provêm de grupos vinculados às ciências da saúde, cerca de 25% de grupos vinculados às ciências biológicas e os 25% restantes de grupos das demais grandes áreas do conhecimento. Os 25% das ciências biológicas referem-se quase exclusivamente a grupos pertencentes às áreas associadas à Federação das Sociedades de Biologia Experimental,¹ à genética e à microbiologia/parasitologia. Dentre as demais grandes áreas do conhecimento, as ciências agrárias, as ciências humanas e as ciências sociais aplicadas possuem uma presença maior. As engenharias e as ciências exatas e da Terra estão presentes em grau bastante pequeno.

Dados preliminares do censo 2004 do Diretório dos Grupos de Pesquisa do CNPq indicam que há cerca de 6.300 grupos de pesquisa ativos com atuação em saúde humana no Brasil. A massa crítica envolvida compreende pouco mais de 20 mil pesquisadores, sendo em torno de 13 mil os portadores de titulação doutoral. Saúde humana é o maior componente setorial de pesquisa no país.

Em 2003, o montante mundial despendido com pesquisa em saúde ultrapassou de pouco a cifra de US\$ 100 bilhões, mais de 90% nos países ricos, e visando a resolver os problemas dos mesmos. Considerando que em 1998 a cifra correspondente foi de US\$ 74 bilhões, constata-se que, além de mobilizar montanhas de dinheiro, a pesquisa em saúde está em fase de crescimento acelerado. Dos montantes, em números redondos, 43% foram despendidos pelo setor privado lucrativo, outros 43% pelos governos de países desenvolvidos e ex-socialistas, 10% pelo setor privado não-lucrativo e os restantes 4% pelos governos somados de todos os países em desenvolvimento (OMS, 2004).

No início de 2005, encontrava-se em fase final uma investigação sobre os fluxos financeiros para a pesquisa em saúde no Brasil, patrocinado pelo Ministério da Saúde e estimulado pelo Global Forum for Health Research e pela Organização Mundial da Saúde. Alguns de seus resultados preliminares mostraram que, entre 2000 e 2002, o dispêndio anual médio com pesquisa em saúde foi de R\$ 667 milhões, sendo 51,3% oriundos do setor público, 44,4% do setor privado e 7,3% de organismos não-nacionais. Os dispêndios públicos equivalem a cerca de 1,8% das despesas do Ministério da Saúde no período. Segundo as fontes, este ministério foi responsável por apenas 22,2% dos recursos des-

¹ A Federação das Sociedades de Biologia Experimental (Fesbe) agrupa as sociedades de Bioquímica, Biofísica, Fisiologia, Farmacologia, Imunologia, Neurociências e Investigação clínica.

pendidos, sendo 67,1% destes destinados a órgãos próprios. Outros ministérios, em particular o Ministério da Ciência e Tecnologia, e as Fundações Estaduais de Apoio à Pesquisa (FAP) aportaram 54,9% do total de recursos públicos.

Quanto ao destino dos recursos públicos e dos oriundos de organismos não-nacionais, 70% foram para universidades e institutos de pesquisa e 15,6% para órgãos do Ministério da Saúde. O restante foi utilizado por outros ministérios, organismos estaduais e municipais, organizações não-governamentais (ONGs) etc. (Decit, 2005).

O quadro geral apresentado mostra com bastante clareza que o país possui importantes massa crítica e capacidade instalada de pesquisa em saúde. Apenas para dar uma idéia da posição relativa do Brasil em relação aos fluxos financeiros internacionais, vale observar que, dos cerca de US\$ 4 bilhões despendidos por todos os países em desenvolvimento, o Brasil participou (de 2000 a 2002) com 7,25% (US\$ 290 milhões anuais médios ao câmbio de 29/6/2001).

Frente a este esforço realizado pelo país – produto de muitas gerações – e ao fato de que a pesquisa em saúde é um elo estratégico na construção de um sistema de saúde saudável, este ensaio discutirá as relações entre C&T&I em saúde no Brasil e a Reforma Sanitária e o SUS. Debaterá essas relações numa perspectiva predominantemente histórica.

As trajetórias de Evandro Chagas e Carlos Chagas Filho: índices de dois modelos de relação entre pesquisa em saúde e política de saúde

Evandro Serafim Lobo Chagas, filho de Carlos Chagas, nasceu no dia 10 de agosto de 1905. Ingressou em 1921 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, realizando seu período de internato no Hospital Oswaldo Cruz – que posteriormente levaria seu nome – e no Hospital São Francisco de Assis, orientado pelos professores Carlos Chagas e Eurico Villela. No Hospital Oswaldo Cruz foi responsável pelo Serviço de Eletrocardiografia. Ao se formar em 1926, assumiu a chefia do Serviço de Radiologia e Eletrocardiografia e de uma enfermaria do Hospital Oswaldo Cruz. Com a nomeação de seu pai para a cátedra de medicina tropical da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Evandro Chagas passou a assistente desta cadeira. Preparou, então, sua tese de livre-docência: “Forma cardíaca da tripanossomíase americana”. Em 1930 tornou-se chefe de laboratório do IOC [Instituto Oswaldo Cruz], encarregado da Seção

de Patologia Humana. Profundo conhecedor de radiologia e eletrocardiografia, exerceu a clínica especializada no Rio de Janeiro, sendo um dos primeiros a fazer o exame complementar eletrocardiográfico. Organizou, em 1936, a Comissão de Estudos da Leishmaniose Visceral, logo depois de identificar os primeiros casos humanos da doença no Brasil, e passou a estudar o assunto em vários estados brasileiros. Neste mesmo ano, criou em Belém, mediante acordo com o governo do Pará, o Instituto de Patologia Experimental do Norte (IPEN). Em 1937, ampliou os estudos desta Comissão transformando-a no Serviço de Estudo das Grandes Endemias, abrigado, sob sua direção, no Hospital de Manguinhos. O SEGE, cujo orçamento era beneficiado por expressivas doações do empresário Guilherme Guinle, tinha como objetivo estudar as principais doenças endêmicas nas várias regiões do país, estabelecendo, à semelhança do IPEN, institutos ou postos de pesquisa em associação com os governos e serviços sanitários estaduais. Em 1940, firmou acordo com o Ministério da Educação e Saúde para a realização, sob a orientação técnica do SEGE, de um plano sistemático de estudo e combate à malária na região amazônica.

Morreu prematuramente, ainda neste mesmo ano, vítima de acidente aéreo no Rio de Janeiro, deixando um total de 54 trabalhos publicados. (Casa de Oswaldo Cruz, 2005)

Carlos Chagas Filho nasceu em 1910 no Rio de Janeiro (...). Matriculou-se na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, atual UFRJ, em 1926. No segundo ano médico, trabalhou no Hospital São Francisco e também no Instituto de Manguinhos. (...) A seguir, passou o ano de 1932 dirigindo o Hospital de Lassance, mantido pelo Instituto de Manguinhos, na terra onde seu pai descobriu a doença de Chagas. (...) Em continuação, encaminhou-se para as carreiras básicas de Medicina Biológica, tendo trabalhado com Costa Cruz, Miguel Osório de Almeida e José Carneiro Felipe, que provavelmente foi o mestre em Ciências que mais o influenciou. Um ano após sua formatura, prestou concurso para a Docência-Livre de Física Biológica e passou a Assistente desta Cadeira na Faculdade de Medicina. Com a morte do Prof. Lafayette Rodrigues Pereira, vagou-se a Cátedra de Física Biológica e Chagas se apresentou ao concurso, do qual participaram seis candidatos; tendo vencido as provas, assumiu o cargo de Professor Titular. Com recursos próprios, decidiu viajar à Europa, onde trabalhou com René Wurmser e Alfred Fessard, em Paris, e A. V. Hill, na Inglaterra. Na sua volta, dedicou-se à organização de um grupo de pesquisadores para o Laboratório de Biofísica em que faria prevalecer seu lema “A Universidade é um local onde se ensina porque se pesquisa”. Em 1945, o Laboratório veio a se trans-

formar em Instituto de Biofísica, que em pouco tempo, com a vinda ao Brasil de vários cientistas estrangeiros, tornou-se um centro de estudos de renome, onde se realizaram vários colóquios e simpósios de nível internacional, em que se destacaram aqueles cujo tema era a Bioeletrogenese. A partir da fundação do CNPq, em 1951, teve participação ativa no Conselho Deliberativo. Participou, como Delegado do Brasil, na I Conferência Geral da Unesco em Paris, assim como na II Conferência desta entidade, realizada no México. A seguir, foi convidado para o Comitê de Pesquisa da Organização Pan-Americana de Saúde, em que atuou até 1962, e em 1963 organizou, como secretário especial, a I Conferência das Nações Unidas para Aplicação da Ciência e Tecnologia ao Desenvolvimento. Em consequência dos inúmeros sucessos obtidos, foi nomeado Presidente do Comitê Especial das Nações Unidas para Aplicação da Ciência e Tecnologia ao Desenvolvimento, função que exerceu por seis anos, quando também fundou, junto com Abdus Salam, a International Federation of Institutes for Advanced Sciences (IFIAS). Em 1966, foi nomeado Embaixador do Brasil junto a Unesco. Em 1965, foi eleito Presidente da Academia Brasileira de Ciências, retornando também à direção do Instituto de Biofísica, que passou a levar seu nome. Em 1972, Carlos Chagas foi nomeado, pelo Papa Paulo VI, Presidente da Academia Pontifícia de Ciências, cargo que exerceu durante 16 anos, tendo organizado mais de 80 reuniões científicas em Roma, das quais participaram renomados cientistas. (Casa de Oswaldo Cruz, 2005)

As notas biográficas sobre Evandro são integrais. Das referentes a Carlos Filho, foram retirados alguns registros pessoais e outras informações que pareceram secundárias para os propósitos deste texto. Além de duas carreiras brilhantes, o que podem revelar esses dois resumos biográficos depositados no acervo na Internet da Casa de Oswaldo Cruz, incluídos num arquivo denominado genericamente “Família Chagas?” O que sugerem as trajetórias profissionais dos dois filhos de Carlos Chagas, além da constatação óbvia de que Carlos Filho sobreviveu a Evandro por quase sessenta anos?

As carreiras desses dois homens desenvolveram-se em direções ortogonais – apesar de serem irmãos e amigos, envolvidos num mesmo ambiente familiar, nascidos com uma diferença de apenas cinco anos, tão próximos quanto as suas formações nos campos de cultura, da profissão e da ciência. Pode-se considerá-las como expressões de duas maneiras de encarar – se não a ciência – a pesquisa em saúde e o modo de praticá-la. A razão de ressaltar este contraste é a de trazer à luz, nas carreiras dos dois personagens, uma mudança no modo de fazer ciência que amadurecia em todo o mundo, em particular nos Estados

Unidos, durante e imediatamente após a Segunda Guerra Mundial. Mais ainda, e isto é o que justifica a presença deles neste ensaio, Evandro e Chagas Filho são também índices de uma importante mudança nas relações entre a pesquisa em saúde e as políticas de saúde no Brasil.

O padrão da curta carreira do primogênito se amolda com perfeição ao caminho já trilhado pelo pai. Objetos de pesquisa estabelecidos em estreita consonância e íntimo contato com a nosografia de um Brasil ainda predominantemente rural. Metodologia de pesquisa onde se mesclavam, sem fronteiras muito nítidas, a fisiologia, a patologia, a parasitologia, a bacteriologia, a clínica e mesmo uma epidemiologia *avant la lettre*. Um padrão institucional de exercício da pesquisa cujas raízes estão fincadas nos primórdios da República, num país sem universidades.

Exceto pelos seus anos de formação, o padrão da carreira do caçula tem interesses e direções inteiramente diversos. Objetos de pesquisa ordinariamente descolados da nosografia brasileira e, no limite, afastados de qualquer patologia humana especificada. Metodologia de pesquisa inteiramente voltada para os mecanismos – processos básicos e estruturas – do fenômeno biológico, com grande ênfase em modelos animais. Padrão institucional de exercício da pesquisa centrado no esforço de introduzir em nossa tardia universidade o gosto pela pesquisa, até então ausente.

Em um texto escrito em 1995, que hoje ilustra o sítio do instituto que criou em 1945 e que leva seu nome, Carlos Filho nos dá mais algumas pistas sobre sua trajetória:

Resta assinalar as razões pelas quais propus a criação do Instituto de Biofísica. A minha formação, feita no Instituto Oswaldo Cruz sob a orientação de Carlos Chagas, me levava ao aperfeiçoamento, de maneira profunda, à ciência nos seus vários aspectos. Senti, entretanto, no Instituto de Manguinhos, que me fazia falta o contato com os alunos mais jovens, com os quais eu mantinha um relacionamento muito bom durante o curso de Física para a Farmácia, por mim ministrado em substituição ao professor de Física Biológica da Faculdade de Medicina. Meus amigos de Manguinhos, mestres e colegas, entre os quais (...) meu irmão Evandro Chagas e Walter Oswaldo Cruz, opuseram-se tenazmente a que eu viesse a deixar o Instituto Oswaldo Cruz, se vitorioso no concurso, para me “exilar” – assim se referiam à Praia Vermelha, onde pesquisar era impossível.

(...) Ao chegar da Europa e assumir a cadeira de Física Biológica, desejei, inicialmente, modificar tal denominação, passando-a para “Biofísica”. A razão desta modificação era o desejo de indicar claramente que a disciplina de que eu iria me ocupar era essencialmente uma disciplina biológica. (...) Outra preocupação de maior monta foi a de encontrar o material de pesquisa. Na ocasião, a opinião geral, liderada em grande parte pelo pensamento racionalista dos grupos nacionalistas, falava muito em uma “ciência nacional”, sem definir com precisão a extensão e as limitações do adjetivo. Para mim, a ciência é, sobretudo pelos métodos e teorias de seu desenvolvimento, de caráter internacional, como são as técnicas maiormente utilizadas em todo o mundo. Ela se torna nacional quando o objeto de suas investigações delimita um problema específico de uma nação.

Partindo desta premissa resolvi procurar dentro da “ecologia” nacional um elemento que correspondesse à minha idéia, mas ao mesmo tempo pudesse fornecer um campo de pesquisas multidisciplinar e que, além do mais, fosse pouco estudado para poder fornecer no início da sua exploração científica, um certo número de fatos novos, estimulantes para os cientistas que deles se ocupavam. Inicialmente, pensei na “preguiça”, cuja fisiologia muscular não havia ainda sido estudada à luz dos novos conhecimentos fornecidos pela Biofísica e pela Bioquímica. De indagação em indagação deparei-me com a dificuldade maior que iria se antepor ao meu caminho: da criação em cativeiro deste interessante animal. (...) Lembrei-me, então, que durante a minha estada em Paris assisti a um interessante seminário sobre o torpedo elétrico que Daniel Auger estudava na companhia de Alfred Fessard, na estação marinha de Arcachon, no Golfo de Biscaia. Também encontrar torpedos elétricos no Brasil não era fácil. (...) Mas, ao lado do torpedo elétrico existia um peixe de água doce comum nos afluentes da bacia do Amazonas e do Orenoco, o chamado “poraquê”, cientificamente *Electrophorus electricus*. (...) Bernardo Maiman, ictiologista amador, (...) exibia as propriedades do poraquê num aquário (...) [no] Cassino da Urca. (...) [T]endo conhecimento dos meus problemas, Virgílio de Mello Franco pôs-se em contato com Joaquim Rola, proprietário do Cassino da Urca, que me forneceu os primeiros exemplares do *Electrophorus electricus* que, afinal, veio a ser um dos principais objetos de investigação no Instituto de Biofísica. (Chagas Filho, 1995)

No texto não parece haver dificuldades em confirmar as características da trajetória profissional de Carlos Filho, esboçadas mais acima. No entanto, seria possível argumentar que se trata apenas e nada mais de trajetórias de duas pes-

soas, de dois eminentes cientistas cujas vidas podem não ser ‘representativas’ de dois modos de realizar pesquisa em saúde no Brasil. É possível também que outros cientistas brasileiros, nessa mesma época, estivessem explorando possibilidades parecidas como as vividas pelos nossos dois personagens.

Em primeiro lugar, deve-se destacar que esta é uma argumentação sobre formas predominantes de fazer pesquisa em saúde. O que se poderia denominar, sem preocupações de rigor, o modo hegemônico de pesquisar em saúde. Pelos anos seguintes, outros pesquisadores puderam escolher trajetórias similares à de Evandro, à de Carlos Filho ou mesmo diferentes das dos dois. No entanto, o que se deseja frisar aqui é que o ideal em relação à imagem de um pesquisador em saúde no Brasil até a década de 1940 era, sem sombra de dúvida, a projetada pela trajetória de Evandro. E ao final da década seguinte, a de Carlos Filho.

É verdade o fato de eventualmente existirem outros pesquisadores explorando contemporaneamente essas mesmas possibilidades. No entanto, nenhuma dupla oriunda de uma mesma família de imenso *pedigree* científico, com a dimensão científica dos dois envolvidos e, finalmente, com a projeção e o sucesso que ambos tiveram como construtores de instituições. Daí a proposta de adotá-los como índices brasileiros de uma fratura que teria um impacto importante no modo de se encarar e praticar a pesquisa em saúde.

Interessante também notar o argumento da ‘ciência nacional’ *versus* a ‘ciência internacional’, que no meu ponto de vista recobre um debate mais substantivo sobre o papel da pesquisa básica (a internacional) e suas aplicações (a nacional). A afirmação daquela como motor do avanço do conhecimento e do desenvolvimento é o ponto focal do modelo explicativo do progresso técnico que então era gestado. Carlos Filho teve, portanto, o mérito de, num país cientificamente periférico, vislumbrar contemporaneamente este caminho que apenas se esboçava nos Estados Unidos durante a Segunda Guerra Mundial e que se cristalizou em política explícita após o seu final. Apresentar este novo caminho em suas linhas gerais e discutir seus avanços e limitações é essencial para o tema que está sendo tratado e é o que será feito a seguir.

A *big science* e a fronteira sem fim

É fato bem conhecido que ao final da Segunda Guerra Mundial, com as explosões de Hiroshima e Nagasaki, foram desenvolvidos vários princípios que

tentavam explicar o papel da ciência – a física como disciplina-líder – e da tecnologia no desenvolvimento dos países e no progresso técnico em geral. Esse esforço teórico nasceu nos Estados Unidos e logo se espalhou pelo mundo. Em torno desses princípios foi estabelecido um forte consenso entre governo, indústria, cientistas e população, que contribuiu para organizar o esforço científico e tecnológico norte-americano pelos vinte anos seguintes.

As bases desse consenso foram sumarizadas em um conhecido texto assinado por um assessor dos presidentes Roosevelt e Truman, Vannevar Bush, e foi intitulado *Science: the endless frontier* (Bush, 1945). Nele, entre outros aspectos, era destacado o papel determinante da pesquisa básica no processo que, muitas vezes, levava ao aparecimento de novos e melhores produtos no mercado. Muitos anos depois, esse modelo – de caráter linear e centrado na oferta de conhecimento – ficou conhecido como a explicação *science-pushed* do progresso técnico.

O Brasil foi um dos países periféricos que respondeu mais rapidamente a esse ajuste (na América Latina, indiscutivelmente o primeiro), com a criação do Centro Brasileiro de Pesquisas Físicas (CBPF), em 1949, e do CNPq, em 1951. Ao primeiro, foi destinada a missão de fabricar a nossa bomba atômica.² Ao segundo, em cuja criação também estiveram envolvidos interesses militares, coube a tarefa de fomentar o desenvolvimento científico do país.

Na Europa e nos Estados Unidos, um novo modelo explicativo emergiu em meados da década de 1970, impulsionado por vários fatores, sendo o mais importante deles o *boom* da economia japonesa, fortemente baseada em tecnologia e cujos fundamentos não eram explicáveis pelos princípios de um modelo que colocava a pesquisa básica como locomotiva do progresso técnico. A nova explicação enfatizava a demanda e foi denominada de *market-pull* (ou *demand-pull*). Vale notar que, nos países em desenvolvimento de industrialização tardia, mesmo nos que possuíam atividade de pesquisa organizada, o modelo *market-pull* não chegou a gerar alterações importantes na organização da atividade de pesquisa científica e tecnológica.

Naqueles onde houve algum impacto, como foi o caso brasileiro, o modelo ‘puxado pelo mercado’ desenvolveu-se com muitos compromissos com o modelo anterior. Isto provavelmente ocorreu pela fraqueza dos estímulos vindos de um parque industrial então débil e que se desenvolveria em seguida de

² Para conhecer a história do CBPF e a construção da bomba atômica brasileira, ver Andrade (1999).

um modo excessivamente associado a grupos internacionais e subordinado a eles. Naturalmente, aqueles estímulos eram muito importantes num modelo que se organizava sobre as necessidades do mercado. Nesse aspecto, o principal marco institucional do novo modelo puxado pela demanda foi a criação da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) no papel de secretaria executiva do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, em 1972. Mas mesmo a Finep, pela fraqueza daqueles estímulos, não foi capaz de cumprir integralmente seu papel de agente de desenvolvimento tecnológico.

Outros modelos apareceram desde então e, numa perspectiva contemporânea, oferta de conhecimento e demanda de mercado jogam papéis igualmente importantes nas explicações do progresso técnico e da inovação e nas políticas de fomento à atividade científica e tecnológica. A partir de Ruivo (1994), uma síntese desses ‘paradigmas’ explicativos do progresso técnico após a Segunda Grande Guerra é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 – Modelos explicativos do progresso técnico desde a Segunda Guerra Mundial e suas principais características

Paradigmas	Contextos	Modelo de mudança tecnológica	Vetores de escolha política	Tipos predominantes de pesquisa
A ciência como motor do progresso	Prestígio científico, cooperação	Modelo linear (<i>science-push</i>)	Escolhas relacionadas à <i>big science</i>	Pesquisa básica
A ciência como solucionadora de problemas	Competitividade industrial	Modelo linear (<i>demand pull</i>)	Escolhas através do estabelecimento de prioridades vinculadas ao crescimento econômico e à competitividade	Pesquisa aplicada
A ciência como fonte de oportunidade estratégica	Competitividade no âmbito da mundialização econômico-financeira	Modelo não-linear, complexo, incluindo diversos atores, instituições e processos	Escolhas relacionadas a oportunidades estratégicas; necessidades de longo prazo associadas, inclusive, à ciência básica	Ênfase em pesquisa estratégica, interdisciplinar e colaborativa

Hoje, esses temas são discutidos no âmbito da economia da tecnologia, em particular no terreno das teorias sobre a inovação tecnológica. Devem-se, apenas, enfatizar dois aspectos:

- O debate sobre o lugar da pesquisa científica e tecnológica na análise do progresso técnico é praticamente restrito às realidades dos países industrializados, detentores de sistemas de inovação maduros. É muito menor a presença de reflexão sobre o que ocorre nos países de industrialização tardia – em particular os de ‘renda média’ –, possuidores de sistemas nacionais de inovação imaturos (Albuquerque e Cassiolato, 2000), como é o caso do Brasil.
- A economia da tecnologia e da inovação trata habitualmente do lugar e da organização da pesquisa em suas relações com o campo da produção industrial em seu componente ‘duro’. No entanto, falta debater os demais componentes setoriais, aqueles onde os vínculos entre C&T&I e desenvolvimento econômico não são tão diretos, mas de regra mediados pelas políticas sociais. Ou numa outra mirada, talvez mais direta e precisa, setores onde os vínculos a serem percebidos são as contribuições da pesquisa ao desenvolvimento social, simplesmente. C&T&I como ferramenta de inclusão social e de melhoria na qualidade de vida. O setor de saúde é um dos principais dentre estes e é também, como já foi visto, aquele que reúne as maiores massa crítica e capacidade instalada na pesquisa brasileira como um todo.

Naturalmente, os modelos organizados e apresentados por Ruivo devem ser entendidos numa perspectiva heurística, empiricamente ausentes em ‘estado puro’. Na verdade, coexistem em diversos graus nos países que realizam atividade de pesquisa de modo institucionalizado e, de modo geral, se pode avaliar a maturidade de um sistema nacional de inovação pelo peso da presença de componentes de cada um desses modelos em cada país. No Brasil, desde 2000, componentes setoriais das políticas de C&T&I, nos quais é mais fácil a percepção dos vínculos com o desenvolvimento econômico, vêm sendo alvo de revisões que, em essência, procuram ajustar as políticas de C&T&I a formas mais maduras de sistemas nacionais de inovação.

A expressão mais nítida dessas revisões, no âmbito federal, foi a criação dos Fundos Setoriais, que se tornaram a principal ferramenta para o fomento científico e tecnológico no país. Mas há exemplos anteriores, mesmo que isolados. A política de pesquisa no setor agropecuário, a qual será tratada mais adiante, realizou sua revisão em 1973, com a criação da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa). Em São Paulo, a Fundação de Amparo à Pes-

quisa do Estado de São Paulo (Fapesp) começou a realizar a sua no início da década de 1990, com a instituição de programas especiais que focavam a inovação e incluíam a presença de empresas, a formação de consórcios de grupos de pesquisa e modalidades de fomento mais induzidas e agressivas.

Para encerrar esta seção, é importante conhecer os principais conceitos que animaram o modelo organizado por Vannevar Bush em seu histórico documento de 1945:

- A ciência básica governa todo o processo. Ela é a ferramenta sem a qual não se terá um desenvolvimento tecnológico saudável.
- Toda inovação que chega ao mercado foi antecedida por descobertas oriundas de pesquisa básica.
- O apoio à ciência básica é um dever governamental, dado o seu alto custo associado ao seu alto risco.
- A pesquisa aplicada é também assunto de governo e deve ser praticada em institutos de pesquisa ‘orientados por missão’.
- A inovação tecnológica é uma responsabilidade do mercado e das empresas.

Mas, voltando ao tema central deste artigo, isto que hoje é insubsistente foi o novo em meados da década de 1940. E foram estas novidades no modo de entender o progresso técnico, a organização da ciência e o modo de praticá-la que Carlos Filho percebeu, ainda em construção, no campo da pesquisa em saúde. E desse modo rompeu com um passado que, àquela altura, parecia definitivamente superado. E que passado era este?

A pesquisa em saúde no mundo de Evandro Chagas

Pela vasta bibliografia existente a respeito, basta apenas mencionar que o Brasil possui uma importante tradição no campo da pesquisa em saúde, que remonta ao final do século XIX, sob influência das escolas de Claude Bernard, de Pasteur e dos alemães. Seu berço encontrava-se no Instituto Bacteriológico de São Paulo (com Adolfo Lutz), no Instituto de Manguinhos (com Oswaldo Cruz), no Instituto Butantan (com Vital Brasil) e no Instituto Biológico de São Paulo (com Artur Neiva e Rocha Lima). Uma das principais características dessa tradição foram as estreitas relações entre as prioridades da pesquisa e as prioridades da política de saúde. Pertencem a esse período importantes conquistas sanitárias no campo da febre amarela, da malária e da peste. Apenas para

ficar num indicador simbólico dessas relações, deve ser mencionado o fato de que os dois principais pesquisadores brasileiros desse período – Oswaldo Cruz e Carlos Chagas – ocuparam, no início do século XX, o cargo de diretor geral de Saúde Pública, correspondente ao que é hoje o ministro da Saúde.

Essas tradições prosperaram no país ao longo da primeira metade do século passado e levaram a novas e importantes conquistas sanitárias e institucionais. Entre as institucionais, vale a pena mencionar, da década de 1920 até a de 1940, sob forte influência da Fundação Rockefeller, o desenvolvimento da Faculdade de Medicina de São Paulo e, resultante desta, a Faculdade de Saúde Pública, ambas incorporadas, a partir de 1934, à Universidade de São Paulo. Finalmente, com as mesmas marcas, deve ser citado o Instituto de Patologia Experimental do Norte, em Belém, fundado por Evandro Chagas em 1936 e que leva hoje o nome de seu criador.

Nas práticas de instituições como essas se construiu, no campo da saúde, o padrão de pesquisa que foi superado pelo modelo da “ciência como fronteira sem fim”. Nelas, cada uma a seu modo, fez-se pesquisa experimental, original e, por vezes, na fronteira da pesquisa mundial. Esta pesquisa experimental foi capaz de amalgamar suas aquisições com a observação clínica e com a intervenção populacional de saúde pública, bem como tratou de transferir algumas de suas descobertas para o terreno da produção industrial (como no caso dos soros e vacinas). E, finalmente, não deixou de formar recursos humanos qualificados e de disseminar seus achados através de revistas científicas de excelente nível, algumas existentes até hoje.

O que se esboçou até agora foi uma interpretação do desenvolvimento de uma tradição de pesquisa em saúde no Brasil (desde o final do século XIX até meados do XX) e de sua superação por um novo modelo de organização da ciência e do progresso técnico. Indo mais adiante, também foi necessário colocar aquele novo modelo em tela de juízo, o que já foi feito em termos gerais. O passo seguinte será o de deslocar o texto para a contemporaneidade, onde se terá menos o esquadrinhamento do passado e mais a construção do futuro. Mas, antes disso, é necessário examinar as insuficiências da atual organização da pesquisa em saúde no Brasil e, em particular, examinar as relações atuais entre esta e o SUS.

A Reforma Sanitária, o SUS, a ciência e a tecnologia

O processo de reforma sanitária levado a efeito no Brasil possui algumas características que são destacadas consensualmente por todos os analistas. A primeira delas é o seu caráter contra-hegemônico em relação aos projetos liberalizantes recomendados por vários organismos multilaterais aos países em desenvolvimento desde a década de 1980 e durante toda a década de 1990. Além disso, deve ser destacada sua abrangência, no sentido de cobrir as três esferas da organização política nacional, pelo menos em suas concepções iniciais, e incluir a questão da saúde num arcabouço conceitual mais vasto – o da Seguridade Social (Noronha, Lima e Machado, 2004).

É importante, ainda, destacar um outro aspecto da construção da reforma cuja menção também está longe de ser original, que é o da virtuosa associação de usuários de saúde (em particular o movimento sindical), trabalhadores em saúde e intelectuais de corte acadêmico, além da representação política parlamentar de todos esses segmentos em sua construção. Esse aspecto é mencionado para enfatizar o papel dos intelectuais acadêmicos, cuja participação no processo político de desenvolvimento da reforma foi contemporâneo e intimamente associado à construção de um campo específico de prática de intervenção, de formação profissional e de pesquisa denominado Saúde Coletiva, bastante original em seu desenho e bem-sucedido em sua performance acadêmica, em termos nacionais.

A constituição do campo da saúde coletiva no Brasil iniciou-se na década de 1970, antes do início da construção da Reforma Sanitária, por personagens como Cecília Donnangelo, Guilherme Rodrigues da Silva, Hésio Cordeiro e Sergio Arouca. Em verdade, foi um outro processo de reforma: nesse caso, a procura de um caminho alternativo, nos planos teórico-conceitual e metodológico, nos campos da higiene, da saúde pública e de sua vertente modernizante, a medicina preventiva.

Se aqui é enfatizado o papel dos intelectuais e de suas academias, é para apontar o que se poderia chamar de um paradoxo na Reforma Sanitária. Este paradoxo é o fato de o tema da C&T&I em saúde ter sido quase sempre negligenciado tanto como um objeto precípua de estudo, quanto como campo de reflexão com vistas à formulação de políticas específicas, a despeito da Reforma Sanitária ter lançado mão de toda uma reflexão teórica e metodológica envolvida na constituição da saúde coletiva.

Argumentando-se de outro modo, as atividades de C&T&I em saúde quase nunca foram incorporadas enquanto tal ao ideário e às práticas da Reforma Sanitária, muito embora o florescente novo campo da saúde coletiva, através de suas pesquisas, as tenha alimentado permanente e consistentemente. Ou visto ainda de outro modo, o vetor que partia da saúde coletiva em direção à reforma desenvolveu-se plenamente. Já o vetor no sentido oposto, da reforma em direção à pesquisa em saúde, permaneceu atrofiado.

E isso ocorre apesar daquela abrangência conceitual já referida anteriormente. Tivesse o projeto da reforma focado apenas nos aspectos centrais da política de saúde, tão bem sintetizados em conceitos fundacionais como os da integralidade, da universalidade, da equidade e da hierarquização, talvez fosse motivo para se estar conformado. No entanto, não foi assim: a abrangência da reforma levou-a à reflexão sobre um nutrido conjunto de temas complementares, ao que se poderia chamar de seu ‘núcleo duro’, tanto do ponto de vista de fazer avançar o conhecimento quanto no de formular políticas específicas. Foi assim com a educação em saúde, com o ambiente e a saúde, o trabalho e a saúde, a economia e a saúde, a vigilância sanitária e a vigilância em saúde, além das questões segmentares, como, por exemplo, os recortes de populações especificadas – mulher, criança, idoso, negro, índio, trabalhador etc.

Na década de 1990, a expressão mais importante da Reforma Sanitária foi a construção do SUS. Num balanço abrangente e equilibrado da reforma nessa década, Jairnilson Paim (2004) elenca o que, em sua opinião, foram os aspectos mais importantes no âmbito da construção do SUS nesse período:

Mesmo assim, a política de saúde na década de noventa foi marcada pela construção do SUS; descentralização das ações, serviços e da gestão, melhorias na gerência e na capacidade de regulação; redução das desigualdades na distribuição dos tetos financeiros da assistência à saúde entre as regiões; ampliação do acesso à assistência; e aumento da cobertura da imunização das crianças (Negri, 2002). Na passagem da década de noventa para o século XXI foram, ainda, produzidos fatos político-institucionais com conseqüências não desprezíveis para as políticas de saúde:

- Expansão do PSF para uma cobertura de aproximadamente 50 milhões de brasileiros;
- Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- Aprovação da Lei de Medicamentos Genéricos Lei nº 9.789/99;

- Implantação do Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde (Siops);
- Adoção do Cartão SUS em alguns municípios;
- Implantação do Programa de interiorização do Trabalho em Saúde (PITS);
- Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Re-name);
- Estabelecimento da Emenda Constitucional n. 29 (EC-29);
- Realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2000 e da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária.

O texto de Paim é mencionado por dois motivos. O primeiro é reforçar o argumento de que C&T&I estiveram ausentes das preocupações da reforma (ou tiveram presença tão periférica que não foram capazes de deixar produtos perceptíveis), lançando mão do ponto de vista de um dos mais argutos analistas e atores da reforma. O segundo é registrar que justamente na década de 1990 ocorreu a que talvez tenha sido a mais importante iniciativa para tentar incluir este tema no mundo da reforma e do SUS, que foi a 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, realizada em Brasília em 1994. Ela foi precedida de uma grande oficina de trabalho no início desse mesmo ano no Rio de Janeiro, patrocinada pela Academia Brasileira de Ciências e pela Finep, e de um seminário internacional organizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em 1989. No seminário e na conferência, é indispensável citar o nome de Carlos Morel, principal organizador dos dois e coordenador geral da última.

Por variadas razões, algumas marcadamente conjunturais e fortuitas (por exemplo, o fato de a conferência ter sido realizada no final do curto governo Itamar Franco) e outras de natureza mais profunda, essas iniciativas não foram suficientes para superar o distanciamento entre a reforma e o SUS e o tema da C&T&I. Dentre as razões mais profundas, destacam-se duas. A primeira está ligada à imaturidade do sistema brasileiro de inovação, organizado em torno de modelos explicativos ultrapassados, em particular aquele que foi discutido anteriormente, ainda organizado com predominância a partir da oferta de conhecimento e de uma concepção linear de explicação do progresso técnico.

Vale dizer que uma crítica conceitual mais consistente desse modelo, no Brasil, veio a se estabelecer apenas na segunda metade da década de 1990, em termos ainda restritos à academia e voltados exclusivamente para as relações

entre C&T&I e setores duros da economia, deixando de lado as políticas sociais. Nos marcos da formulação de políticas, como já foi mencionado anteriormente, o processo de crítica ao modelo vigente instituiu-se apenas nos últimos dois anos do governo Fernando Henrique Cardoso, com o debate e a criação dos Fundos Setoriais.

A segunda razão deriva da anterior – ou pelo menos está fortemente associada a ela. Trata-se da arquitetura institucional do fomento à pesquisa no Brasil e, mais especificamente, do lugar da autoridade nacional de saúde na organização do esforço nacional de pesquisa em saúde. Isto será discutido a seguir.

O papel da autoridade nacional de saúde no esforço nacional de pesquisa em saúde

No Brasil, desde 1951, a principal instituição de fomento à ciência vem sendo o Conselho Nacional de Pesquisas, fundado naquele ano e que passou a organizar todo o esforço brasileiro de ciência e tecnologia, inclusive a pesquisa em saúde. Em 1972, quando se tornou secretaria-executiva do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, a Finep passou a dividir com o CNPq esta liderança, incorporando preocupações de fomento tecnológico. Em 1985, mesmo permanecendo as duas agências, essa responsabilidade foi transferida ao Ministério da Ciência e Tecnologia, então criado.

Vale mencionar que o Ministério da Saúde, em 1953, adquiriu o perfil que, de modo geral, possui até hoje. Nos cinquenta anos seguintes, jamais ocupou uma posição de predominância na definição de prioridades nacionais de pesquisa em saúde nem na organização extramuros da atividade de pesquisa em saúde no país. Em anos recentes, essa posição periférica pode ser comprovada por dois indicadores financeiros. Como já foi visto, entre 2000 e 2002, estima-se que o Ministério da Saúde participou com apenas 22% dos recursos públicos para o financiamento das atividades de pesquisa em saúde no Brasil, sendo cerca de dois terços destes despendidos em atividades intramurais.

A partir de 2003, há um importante esforço para que o Ministério da Saúde possa ocupar um lugar mais central na organização do empenho brasileiro de pesquisa em saúde. Para isso, várias medidas institucionais e financeiras foram tomadas, entre as quais se destacam o processo de construção de uma Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde e a

realização da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em julho de 2004. Deve ser mencionado também um esforço financeiro, traduzido no aumento da participação do ministério em ações de fomento extramurais, na cooperação com o Ministério da Ciência e Tecnologia e com as agências estaduais de fomento à pesquisa. Finalmente, está em processo um debate sobre a conveniência da criação de uma instituição de fomento à pesquisa em saúde vinculada ao Ministério da Saúde.

Nessa ação extramural, em 2004 foram apoiados cerca de 650 projetos de pesquisa em universidades e institutos de pesquisa, versando sobre temas extraídos da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa, no valor aproximado de US\$ 39 milhões (PPP)³ (Decit/SCTIE/Ministério da Saúde, 2005).

No âmbito regional da Organização Pan-Americana da Saúde, entre todos os seus países membros, apenas nos Estados Unidos e no Canadá a autoridade nacional de saúde é a principal responsável pela organização da pesquisa em saúde e somente nesses mesmos dois países existem organismos específicos para o fomento à pesquisa em saúde (National Institutes of Health e Canadian Institutes of Health Research, respectivamente). Em todos os demais, essas autoridades possuem papel secundário face a outros atores governamentais, mormente órgãos de fomento ‘horizontais’, quase todos conselhos nacionais de pesquisa.

Importante argumentar que estes comentários passam muito ao largo de uma mera querela burocrática intragovernamental. Em outros termos, nada têm a ver com disputas de poder e recursos financeiros com o Ministério da Ciência e Tecnologia. A reivindicação de um papel de liderança do Ministério da Saúde na estruturação do esforço nacional de pesquisa em saúde é uma condição essencial para que possamos amadurecer o sistema nacional de inovação brasileiro no campo de uma das mais importantes políticas sociais. Além disso, aquela que detém a maior massa crítica e capacidade em pesquisa dentre todos os setores de atividade científica e tecnológica no país.

Visto de um outro ângulo, trata-se de ‘verticalizar’ o fomento à pesquisa em saúde, com o objetivo básico de reaproximar a pesquisa nesta área das prioridades da política nacional de saúde, diálogo que se tornou crescentemente dificultado depois do fim da Segunda Guerra Mundial. Em todos os países que exercitam atividade de pesquisa e possuem sistemas nacionais de inovação maduros,

³ Índice Purchase Parity Power.

esse movimento de reaproximação vem sendo realizado, inclusive nos Estados Unidos, onde o seu Instituto Nacional de Saúde (NIH), a despeito de um orçamento nos anos de 2004 e 2005 no valor de US\$ 28 bilhões (que, em tese, não teria necessidade de priorizar nada), vem estabelecendo prioridades de pesquisa de acordo com diretrizes governamentais oriundas da autoridade nacional de saúde.

Uma outra evidência importante a ser mencionada é que este movimento de reaproximação da pesquisa com as prioridades de saúde, a começar pelos países centrais – mas já com repercussões nos países em desenvolvimento com atividade de pesquisa (Brasil inclusive) –, vem gerando mudanças na organização da carreira e nas escolhas de grandes segmentos de pesquisadores em saúde (em particular na pesquisa biomédica). Nos Estados Unidos e na Europa se podem contar aos milhares os pesquisadores desse campo que, nas últimas duas décadas, modificaram suas linhas de trabalho de modelos animais em pesquisa fundamental para modelos humanos, para mais perto das doenças e dos homens – *From the bench to the bedside*.

Pode-se dizer que a pesquisa agropecuária brasileira situa-se entre as mais articuladas com as políticas públicas de desenvolvimento setorial. Além disso, nos últimos anos granjeou sólida reputação acadêmica, apresentando cerca do dobro do impacto médio da pesquisa brasileira em todos os campos – cerca de 3% contra 1,5% dos endereços presentes na base de dados do Institute for Science Information (ISI).

Embora detentora de uma histórica trajetória de sucessos, em particular no estado de São Paulo, foi após a criação da Embrapa, em 1973, que esta articulação adquiriu mais velocidade e intensidade. A criação da empresa foi resultante da decisão prévia, no âmbito do Ministério da Agricultura, de aumentar os vínculos entre a pesquisa neste setor às prioridades da política nacional de agricultura e pecuária e de assumir a maior parte da responsabilidade na condução do esforço brasileiro nessa pesquisa. Em outras palavras, resultante da decisão de verticalizar a política de C&T&I agropecuária.

Deve ainda ser mencionado que a principal diferença no perfil do financiamento à pesquisa nos dois setores encontra-se exatamente na participação dos ministérios responsáveis pelos mesmos. Enquanto entre 2000 e 2002 o Ministério da Saúde participou com 22% do total de desembolsos na pesquisa em saúde, o Ministério da Agricultura em 2002, através da Embrapa, comparecia com cerca do dobro (38,6%).⁴

⁴ Ver: http://www21.sede.embrapa.br/a_embrapa/unidades_centrais/acs/publicacoes/institucional/rgembrapa2002vs.pdf

Sob a liderança da Organização Mundial da Saúde, a agenda global sobre a pesquisa em saúde para o desenvolvimento está colocada com clareza:

- A pesquisa em saúde é uma variável estratégica para fazer frente aos desafios sanitários emergentes e persistentes.
- A pesquisa em saúde é um guia para a ação, devendo seus resultados ser absorvidos pelos serviços, pela indústria e pela sociedade.
- As relações entre as prioridades de pesquisa em saúde e as prioridades das políticas públicas de saúde devem ser sempre muito fortes e estreitas.
- Essas relações devem ser expressas em agendas explícitas de prioridades nacionais de pesquisa em saúde.

Para o cumprimento dessa agenda mundial, o Brasil deve tomar a decisão de colocar suas respectivas autoridades nacionais de saúde como atores centrais na organização de seus esforços nacionais de pesquisa.

Conclusão: uma política de ciência e tecnologia para a saúde no Brasil

Este ensaio pretendeu abordar dois aspectos centrais. O primeiro foi percorrer, de modo sintético, a trajetória da organização da pesquisa em saúde no Brasil, enfatizando seus ajustes face aos deslocamentos nas explicações do progresso técnico e da pesquisa no mundo. Nesse quadro, foi vista a emergência de um período florescente de desenvolvimento entre o final do século XIX e meados do século XX, onde a pesquisa em saúde manteve fortes vínculos com as políticas de saúde no país. Em seguida, foi discutida como a projeção do consenso estabelecido ao final da Segunda Guerra Mundial nos Estados Unidos, em relação à explicação do progresso técnico, modificou profundamente o padrão e o modo de se fazer pesquisa em saúde no Brasil.

Foi visto, também, que aquele consenso começou a caducar em meados da década de 1960 nos Estados Unidos e que por variadas razões – conjunturais e estruturais – se manteve dominante no Brasil até nossos dias. Finalmente, perfilou-se o ponto de vista de que, para um desenvolvimento mais sadio da pesquisa em saúde no país, será necessário operar uma nova mudança de rota. Foram apontados, ainda, alguns elementos que fazem crer que essa mudança de rota tem todas as condições de ser realizada nestes dias que correm.

O segundo aspecto abordado disse respeito às relações históricas entre o processo da Reforma Sanitária e as ações de ciência e tecnologia, que se desenvolveram de modo

um tanto quanto paradoxal. Os acadêmicos deste campo – atores relevantes na concepção da reforma, realizada contemporaneamente à constituição da área da saúde coletiva – não puderam reconhecer a relevância do tema da C&T&I como seria necessário. É tempo de modificar essa rota, incorporando nesse movimento de mudança os quatro conjuntos de pesquisadores em saúde existentes no país: os do campo da saúde coletiva, os biomédicos, os pesquisadores clínicos e os pesquisadores em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) de institutos de pesquisa e empresas.

Em resumo, as mudanças necessárias à formulação de uma política consistente de C&T&I em saúde implicam a realização de três movimentos harmônicos. O primeiro trata da incorporação do tema da C&T&I em saúde no universo das idéias da Reforma Sanitária no país. Movimento que possa fazer com que o SUS compreenda a pesquisa em saúde como um de seus componentes estruturantes. Um movimento, portanto, de caráter ideológico.

O segundo diz respeito à necessidade de vincular de maneira muito mais firme as opções de escolha da pesquisa em saúde a partir do quadro de prioridades da política pública de saúde. De alguma forma refazer a trajetória dos pais fundadores da pesquisa em saúde no Brasil desde o final do século XIX até meados do XX. Naturalmente, nossa realidade atual é muito diferente da que existiu no tempo da fundação da pesquisa em saúde no Brasil. São novas instituições, a magnitude das tarefas e dos problemas é muito maior e os interesses nacionais e internacionais em jogo são gigantescos. No entanto, numa perspectiva heurística, a experiência histórica deve chamar nossa atenção para a possibilidade de uma redefinição dos padrões de pesquisa em saúde no país. Deve, além disso, sugerir uma direção para a mudança, na qual um olhar mais atento da comunidade científica e tecnológica às necessidades e às políticas de saúde não signifique um empobrecimento de sua capacidade de invenção ou uma perda de sua autonomia criativa. Aqui, trata-se de um movimento político.

O terceiro movimento é de caráter institucional. Diz respeito ao fortalecimento do papel das autoridades de saúde, em particular o Ministério da Saúde, na condução dos assuntos relativos à política de ciência, tecnologia e inovação em saúde. Para isso, será necessário que o ministério execute políticas sustentadas de fomento extramural, bem como se organize institucionalmente para tanto. As ações de fomento do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) em 2004 deram-se em bases ainda não sustentáveis, isto é, decorreram de manifestação exclusiva de vontade política do ministro da Saúde, sendo legítima a existência de dúvidas sobre sua continuidade em outras conjunturas.

O documento de Política de C&T&I (2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, 2005), aprovado pelo plenário desta conferência, expressa em termos conceituais e práticos muito do que é necessário ser realizado.

Referências bibliográficas

- 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE. Eixo Temático 1. Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. *Anais...* Brasília, 2005. Em preparação.
- ALBUQUERQUE, E. M. & CASSIOLATO, J. E. *As Especificidades do Sistema de Inovação do Setor Saúde: uma resenha da literatura como uma introdução a uma discussão do caso brasileiro*. São Paulo: Fesbe, 2000.
- ANDRADE, A. M. R. de. *Físicos, Mésons e Política: a dinâmica da ciência na sociedade*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Mast/CNPq, 1999.
- BORGES, J. L. *Obras Completas*. Tomo IV. Barcelona: Emecé Editores, 1996.
- BUSH, V. *Science: the endless frontier. A report to the president*. Disponível em: <<http://www.nsf.gov/od/lpa/nsf50/vbush1945.htm#ch2>>. Washington: United States Government Printing Office: 1945.
- CASA DE OSWALDO CRUZ. *Família Chagas*. Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/areas/dad/guia_acervo/index.htm> Acesso em: 4 jan. 2005.
- CHAGAS FILHO, C. *O IBCCF Histórico*. Disponível em: <http://www.biof.ufrj.br/index_3.htm>. Rio de Janeiro, 1995.
- DECIT/SCTIE/MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Fluxos Financeiros de P&D em Saúde no Brasil*. Dados preliminares. Relatório de Pesquisa. Mimeo, 2004.
- DECIT/SCTIE/MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório de gestão 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- NORONHA, J. C., LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- OMS/Global Forum. *Tracking Financing Flows in Health Research*. Geneve: Global Forum, 2004.
- PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- RUIVO, B. “Phases” or “paradigms” of science policy? *Science and Public Policy*, 21(3): 157-164, 1994.

8. TRABALHADORES DA SAÚDE E SUA TRAJETÓRIA NA REFORMA SANITÁRIA

Maria Helena Machado

As décadas de 1980 e 1990 foram repletas de inovações e transformações no sistema de saúde, configurando-se, por assim dizer, em ‘anos paradigmáticos’ para a saúde pública do Brasil. A constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) representou para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde, uma vez que os princípios da universalidade de acesso, da integralidade da atenção à saúde, da equidade, da participação da comunidade, da autonomia das pessoas e da descentralização tornaram a ser paradigmas do SUS. O sistema de saúde passou a ser, de fato, um sistema nacional com foco municipal, o que se denomina ‘municipalização’.

Ao longo destas duas décadas do SUS ocorreu uma forte inversão do ‘parque sanitário brasileiro’, especialmente aquele sob o comando público: houve uma descentralização dos órgãos, hospitais, ambulatorios, leitos e empregos de saúde, que passaram a ter centralidade nos municípios. Os dados mostram, com clareza, este processo configurando em uma transformação definitiva no sistema de saúde.

São identificados três movimentos neste processo. O primeiro é o de expansão do setor saúde tanto no âmbito público como no privado. Ao final da década de 1970, o Brasil contava com apenas 13.133 estabelecimentos de saúde. A grande expansão vai se dar nas décadas seguintes, passando para 18.489, em 1980, e para 67.612, em 2002, gerando a absorção de mais de dois milhões de empregos.

O segundo movimento diz respeito ao encolhimento da rede hospitalar, configurando-se, assim, na ‘desospitalização’ do sistema, que começa a adotar a nova orientação que prioriza a assistência ambulatorial. Contudo,

esta ênfase ambulatorial não significou a substituição da assistência hospitalar – ao contrário, a demanda por internações e o déficit de leitos no país é elevado. O que se constatou, na verdade, foi a ausência de política hospitalar que buscase equacionar a necessidade sanitária, os recursos disponíveis e a otimização e racionalização das estruturas hospitalares existentes. Contrariando o processo em curso de expansão do SUS, o volume de leitos a partir de 1976 – que era da ordem de 443.888 unidades – passa a ter um crescimento mais lento nas décadas seguintes, chegando a 2002 com um aumento para apenas 471.171 leitos.

O terceiro movimento refere-se à expansão, sem precedentes, de empregos de saúde na esfera municipal, invertendo definitivamente a vocação da assistência no país. Em 1976, o setor público municipal contava com apenas 25.854 empregos; o setor público federal, com 98.528; e o estadual, com 60.094. Em 1992, o setor público estadual passou a ser responsável por 315.328 empregos e o municipal por 306.505 empregos. A grande mudança vai se dar na década de 1990, quando o setor público municipal passa a ter liderança dos empregos, totalizando quase oitocentos mil em 2002. Já o volume dos empregos federais, além de não apresentar crescimento nestas últimas décadas, perdeu capacidade de absorção de mão-de-obra, decaindo de 98.528 empregos, em 1976, para 96.064, em 2002, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Em outras palavras, o crescimento da oferta de empregos no setor público, nestas três décadas, se deu a partir da expansão do ‘parque sanitário municipal’. Em 1976, representava 11% do total de empregos públicos do SUS e, em 2002, aumentou para 65%. Pode-se dizer que o setor federal, que sempre teve hegemonia na prestação e na assistência à população, passa em apenas duas décadas a ser o ‘lanterna’ no *ranking* da assistência, invertendo posição com o setor municipal.

A isso se denomina ‘processo de municipalização na saúde’. O foco passou a ser o município, que, além de precisar ampliar sua rede de atendimento, teve de buscar se adequar à nova realidade: ser o maior empregador de saúde do país. É sobre este tema e sua evolução no contexto da Reforma Sanitária que trata este artigo, ou seja, os recursos humanos no contexto da Reforma Sanitária.

Contextualizando recursos humanos

A área de recursos humanos (RH) como campo de estudos e pesquisas data das últimas décadas do século XX, com ênfase após a década de 1970. Os primórdios desses estudos e pesquisas são creditados especialmente aos professores e pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) e da Universidade de São Paulo (USP): Elza Paim, Mário Sayeg, Maria Cecília Donnangelo e Ricardo Bruno. Recente publicação em homenagem a Cecília Donnangelo confirma que:

nos estudos relativos à medicina e à saúde no Brasil, deparamos com um conjunto de produções que, sem se chamar ‘recursos humanos’, permitiram, a partir das ações impetradas nos anos de 1970, que se encontrassem soluções teóricas capazes de recompor os recursos humanos, entendidos como parte integrante de totalidades mais amplas. Estas investigações podem ser agrupadas sob a designação de ‘organização social das práticas em saúde’ e, se não apresentavam resultados imediatamente aplicáveis às políticas no campo, estiveram, no entanto, por trás de quase todas as explicações alcançadas em investigações mais concretas. (Mota, 2004: 41)

Na mesma linha de raciocínio, Machado (1997: 99) mostra que:

estudos desenvolvidos por Sayeg, Paim, Nogueira, Médici, Machado e Girardi, especialmente na década de 80, utilizando as bases de dados do IBGE, desvendaram as tendências macro desse mercado, como o assalariamento, o prolongamento da jornada de trabalho, o multi-emprego, a feminilização, entre outras. Já as pesquisas realizadas por Donnangelo¹ nos anos 70, em São Paulo, e, posteriormente, por Machado na década de 80, em Belo Horizonte, possibilitaram um enfoque mais específico, demonstrando as múltiplas formas de inserções e já assinalando a atuação das empresas de medicina de grupos.

Já na década de 1990, surgem estudos sobre mercado de trabalho com ênfase em análises sociológicas dedicados a temas que até então não eram priorizados, como por exemplo:

além dos inúmeros trabalhos de Machado, diversos trabalhos foram realizados nesta perspectiva analítica: Santos Neto (1993), sobre o processo de profissionalização dos médicos pernambucanos; Belisário

1 Para mais críticas, ver Donnangelo (1975, 1976, 1980).

(1993), sobre os médicos sanitaristas; Santos (1993), sobre os farmacêuticos; Falcão (1993), sobre a prática dos médicos e ética profissional; Schraiber (1989 e 1993); Rego (1994), Ribeiro (1995), sobre formação profissional e autonomia médica; Pereira Neto (1997),² sobre o movimento médico numa perspectiva histórica, entre outros. (Machado, 1997: 100)

Surgem também neste período, ou um pouco mais adiante, estudos sobre os aspectos formativos e educativos destes profissionais, abrangendo não só os médicos e enfermeiros como também aqueles profissionais de nível médio e elementar. Destacam-se os trabalhos de Souza Campos, Paim, Teixeira, Pierantoni, Ceccim, Feuerwerker, Almeida, Santana, Buss, Matos Nunes, entre outros pesquisadores que deram sua contribuição na construção de uma produção científica na área.

Mais recentemente, no final da década de 1990, novas pesquisas sobre mercado de trabalho passam a ser realizadas buscando entender as diversas formas de inserção do profissional no mundo do trabalho, em uma perspectiva de traçar ‘perfis profissionais’. A pesquisa ‘Perfil dos médicos no Brasil’ representa o primeiro esforço, a partir de um trabalho de campo, para compreender a situação desse contingente profissional.³ Surgem, também, outros estudos que apontam para a necessidade de investigar o processo de trabalho em equipes, a participação feminina no setor saúde, a gestão do trabalho como categoria chave de análise, formação e mercado de trabalho e até mesmo estudos historiográficos que passam a figurar como agenda importante de investigação e análises de RH como, por exemplo, os estudos de Pereira Neto.

Enfim, pesquisadores identificados, já configurados como ‘pesquisadores de RH’,

produziram a partir de então estudos sobre o mundo do trabalho, dentro de diversas vertentes como a produtividade, a relação entre custos e benefícios, a caracterização da distribuição de profissionais no mercado de trabalho e a insuficiência de materiais ou instalações como responsáveis pela baixa qualidade assistencial. A concepção de recursos humanos como força e agente de trabalho acabou ultrapassando seu viés aparentemente profissional e abrindo

2 Para mais críticas, ver Rego (1994), Santos Neto (1993), Schraiber (1993) e Santos (1993).

3 Ver Machado (1997).

do espaço para uma compreensão mais ampla na produção da prática como um trabalho social, lançando definitivamente a noção de trabalhadores da saúde, como categoria de análise e interpretação teórica. (Mota, 2004: 41)

Na opinião de Girardi (1991: 37-38), também pesquisador da área:

este fenómeno de la generalización del uso y de la expansión semántica del término, acarrea una serie de implicaciones. Dentro de ellas, el surgimiento de estudios de la Fuerza del Trabajo em Salud (FTS). Pero, fundamentalmente, lo que este fenómeno significa de nuevo, para el conjunto de personas que de algún modo “trabajan” como fuerza de trabajo (sea desde una perspectiva más académica o desde una más técnica), es la necesidad de interacción constante. Interacción entre disciplinas, proyectos, organismos y departamentos técnicos etc. Y, esto en doble sentido: primero, por la necesidad de una homogeneización conceptual y taxonómica básica y, en segundo lugar, por el enriquecimiento de los enfoques peculiares a cada disciplina (por tanto, por la posibilidad de más explicaciones para las observaciones) que esta interacción encierra.

Da mesma forma, no cotidiano da prestação de serviços de saúde, dada a natureza do trabalho e a complexidade dos atos profissionais que envolvem a atividade, o binômio ‘conhecimento técnico atualizado e profissional qualificado para aplicá-lo’ assume dimensão estratégica. É por essa razão que, a cada nova tecnologia, a cada novo conhecimento registrado nas ciências da saúde, são gerados inúmeros empregos, novas profissões, novas ocupações e novas especialidades. As ocupações e profissões que passam a compor as equipes de saúde são, progressivamente, ampliadas. A saúde é um campo inesgotável de conhecimento e de prática profissional. Tornam-se cada vez mais inconcebíveis equipes de saúde sem a inclusão de terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e técnicos nas diversas áreas da saúde. A saúde também incorpora novas áreas do conhecimento, requisitando, freqüentemente, a presença na sua equipe de trabalho de profissionais de áreas até então inimagináveis na saúde, como, por exemplo, a engenharia, o serviço social, a economia, a sociologia, a arquitetura e a pedagogia.

A política de RH no contexto da Reforma Sanitária

Paralelamente ao processo de municipalização do sistema de saúde, o Brasil experimentou um crescimento de municípios sem precedentes. Contudo, há de se destacar que no final da década de 1950 o país já contava com 2.763 municípios, registrando até 1964 um espetacular aumento de mais de mil municípios, passando a contabilizar 4.114. No entanto, é fundamental notar que, após o golpe militar de 1964 e durante todo o regime militar, este crescimento não só estagnou como reduziu o número de municípios, mantendo-se assim até final da década de 1980, quando então ocorreu a segunda grande expansão municipalista, com mais de 1.500 novos municípios – ou seja, de 3.974 municípios no início da década de 1980 (já registrando, em 1988, 4.180 municípios), o país passa a ter, em 2004, 5.562 municípios (Quadro 1). Resumindo, em 50 anos, o Brasil dobra o número de municípios, fato este que não deve ser visto como positivo simplesmente, uma vez que a realidade municipal apresentada não parece alentadora.

Quadro 1 – Evolução dos municípios do Brasil

Ano	Número
1957	2.468
1958	2.631
1959	2.763
1960	2.865
1961	2.910
1962	3.554
1963	4.235
1964	4.114
1965	3.957
1966	3.965
1967	3.940
1968	3.951
1969	3.951
1970	3.951
1971	3.951
1972	3.951

Quadro 1 – Evolução dos municípios do Brasil (continuação)

Ano	Número
1973	3.951
1974	3.951
1975	3.951
1976	3.974
1977	3.974
1978	3.974
1979	3.974
1980	3.974
1981	3.974
1982	4.016
1983	4.103
1984	4.090
1985	4.108
1986	4.176
1987	4.180
1988	4.180
1989	4.428
1990	4.491
1991	4.491
1992	4.491
1993	4.491
1994	4.974
1995	4.974
1996	4.974
1997	5.507
1998	5.507
1999	5.507
2000	5.561
2001	5.561
2002	5.561
2003	5.561
2004	5.562

Fonte: Anuários Estatísticos do IBGE.

Ao mesmo tempo em que se assiste a este processo de municipalização, ocorre um vigoroso movimento de urbanização, ou seja, a população brasileira tornou-se mais urbana nestas últimas décadas. Em termos práticos, a autonomia do município significa que o governo municipal não está subordinado a qualquer autoridade estadual ou federal no desempenho de suas atribuições exclusivas e que as leis municipais, sobre qualquer assunto de competência expressa e exclusiva do município, prevalecem sobre as estaduais e a federais, inclusive sobre a Constituição estadual em caso de conflito, como tem sido a tradição brasileira.

Em matéria de receita municipal, a Constituição transferiu para o município o imposto sobre a transmissão de bens imóveis por ato praticado intervivos, antes de competência estadual; manteve na sua esfera o imposto predial e territorial urbano e o sobre serviços de qualquer natureza, exceto transportes intermunicipal e interestadual e de comunicações, e a capacidade de cobrar imposto sobre a venda de combustíveis líquidos e gasosos, exceto o óleo diesel, posteriormente eliminado de forma gradual pela Emenda Constitucional n. 3, de 17 de março de 1993. Foi mantida a participação do município em 25% do produto da arrecadação do imposto sobre circulação de mercadorias e serviços e em 50% do imposto sobre a propriedade de veículos automotores, ambos arrecadados pelos estados. A Tabela 1 aponta para a análise de três fenômenos importantes.⁴

O primeiro refere-se à concentração de mais de 90% de municípios com população de até cinquenta mil habitantes, reforçando a hipótese de que não houve um crescimento sustentável, mas uma proliferação de municípios – quase metade dos municípios brasileiros (48,4%) tem menos de dez mil habitantes.

O segundo fenômeno é o da concentração populacional, uma vez que em 4,1% dos municípios (com mais de cem mil habitantes) concentram-se mais de 50% da população do país, ao passo que a metade dos municípios responde por pouco mais de 8% da população total brasileira.

O terceiro, bastante claro no Gráfico 1, diz respeito à correlação quantitativa de municípios, população e empregos. Enquanto 4% dos municípios detêm 65,7% dos empregos em saúde, o que equivale a mais de 1.400.000 dos dois milhões de empregos existentes no setor, 73,8% dos municípios são

4 Para maior detalhamento, ver a Tabela 3, em anexo.

responsáveis por somente 13,5% da parcela dos empregos de saúde do país, sejam eles de nível superior, médio ou elementar, atuando na rede ambulatorial ou hospitalar.

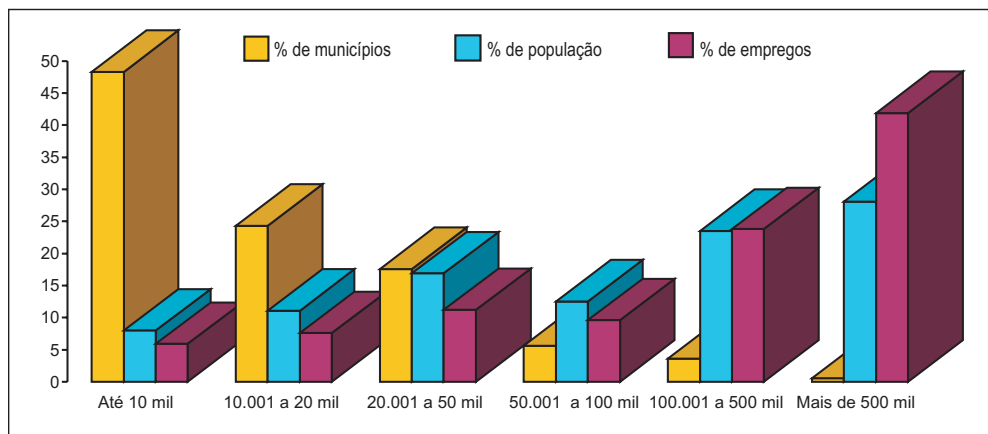
Esses três fenômenos analisados conjuntamente levam a crer que a criação de novos municípios nas décadas de 1980 e 1990 não foi acompanhada de um desenvolvimento sustentável econômico e social. Esses fatos e dados, como veremos, possuem grande relevância no sistema de saúde, uma vez que, segundo a Constituição, saúde é um direito de todos (da população) e um dever do Estado. A universalidade com equidade de direitos e oportunidades de assistência são alguns dos princípios fundamentais que regem o SUS.

Tabela 1 – Municípios, população e empregos. Brasil – 2002

Brasil	Total	%	Total	%	Total	%
	Municípios	Municípios	população	População	empregos	empregos
Total	5.561	100,0	174.632.932	100,0	2.180.598	100,0
Até 10.000 hab.	2.690	48,4	14.014.928	8,0	128.656	5,9
10.001-20.000 hab.	1.384	24,9	19.654.828	11,2	165.725	7,6
20.001-50.000 hab.	963	17,3	29.434.636	16,9	244.227	11,2
50.001-100.000 hab.	299	5,4	21.778.833	12,5	209.337	9,6
100.001-500.000 hab.	194	3,5	40.960.344	23,5	518.982	23,8
Mais de 500.000 hab.	31	0,5	48.789.363	27,9	913.671	41,9

Fontes: IBGE, Estimativas do Censo Demográfico/Indicadores Sociais Municipais-2002 e AMS- 2002.

Gráfico 1 – Municípios, população e empregos. Brasil – 2002



Fontes: IBGE, Estimativas do Censo Demográfico/Indicadores Sociais Municipais-2002 e AMS-2002.

Que explicação se tem para tal expansão de municípios sem a devida adequação de sua infra-estrutura às necessidades da população, agora sob sua inteira responsabilidade? Segundo Gerschman (2000: 150), “o movimento municipalista teve como princípio a autonomia municipal. Na prática, isto significou, em todo o país, a divisão dos municípios existentes e a formação de novos municípios, que produziram uma alteração do desenho político administrativo do território nacional”. Para a autora:

na época, o processo de descentralização/municipalização da política era visto como alternativa às políticas de cunho centralizador e autoritário, como uma maneira de democratização do poder, já que seria no nível local onde os interesses poderiam ser ouvidos e debatidos: nada melhor para efetivação deste tipo de processo do que a proximidade geográfica entre os implementadores de política e a população que o espaço municipal oferece. (Gerschman, 2000: 150-151)

No entanto, é possível concordar com Gerschman quando conclui que:

de fato, o municipalismo brasileiro nasceu sob o signo da dependência do Estado federal e, neste sentido, pouco tempo foi necessário para se descobrir a falência dos novos municípios que, sem a ajuda da federação, não tinham possibilidade de executar a política municipal.

A descentralização da política de saúde teve de lidar com a desigualdade existente entre os municípios da Federação, o que levou o processo de regulamentação do setor através das normas operacionais básicas a ter difícil acolhida por parte do complexo panorama municipal. Estavam sempre em jogo as contrapartidas financeiras do SUS, como um elemento de forte resistência e pressão para que a maioria dos municípios não se habilitasse a efetivar o processo de municipalização da saúde. (Gerschman, 2000: 152)

E como já foi afirmado:

as disparidades socioeconômicas entre os estados e regiões são enormes: os indicadores de renda por habitante, esperança de vida, educação, alimentação, acesso aos serviços de saúde, e de condições de vida e de trabalho da população do Sudeste são encontrados nos países desenvolvidos, enquanto os do Nordeste são do de um país subdesenvolvido. (Gerschman, 2000: 152)

Momento atual e desafios

O setor saúde, como já foi salientado por vários estudiosos da área, é de grande importância não só pela natureza dos serviços prestados, como – e principalmente – pelo volume de empregos que são gerados diretamente. Para Machado et al. (1992: 10):

os últimos cinquenta anos marcam uma fase de grande crescimento dos serviços de saúde, a nível mundial. As políticas de *welfare-state* nos países centrais, a criação de organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde e suas filiais continentais, como a Organização Pan-Americana da Saúde, têm contribuído fortemente no sentido de homogeneizar sistemas de saúde em diversos países e, particularmente, criar diretivas de distribuição, formação e composição interna das equipes profissionais de saúde.

Segundo os autores, este crescimento do mercado de trabalho organizado e institucional em saúde corresponde ao progressivo desaparecimento do mercado espontâneo ou informal dos serviços de saúde. Na medida em que os sistemas estatísticos permitem medir o crescimento de categorias profissionais codificadas e conceituadas internacionalmente, é possível saber o número de médicos, auxiliares de saúde e outros profissionais que têm cresci-

do, ao mesmo tempo em que é impossível conhecer o número de curandeiros, práticos de farmacopéia popular ou parteiras familiares, os quais desaparecem com esse movimento de formalização e institucionalização do mercado de trabalho em saúde.

O setor saúde no Brasil pode ser considerado um dos maiores do mundo e corresponde à estratégia de ser um sistema de saúde que atua em mais de cinco mil municípios, distribuídos nos seus estados e regiões. Com quase setenta mil estabelecimentos de saúde (públicos e privados) e cerca de quinhentos mil leitos hospitalares, este setor gera na ordem de dois milhões de empregos diretos em saúde (Tabela 2). Da mesma forma, em plena era tecnológica, que se caracteriza pela redução do uso de mão-de-obra intensiva, o setor saúde é um dos maiores geradores de empregos da economia, configurando-se de grande relevância social não só pelos serviços prestados à população como pela sua enorme capacidade geradora de empregos (Gráfico 2). Os dados mostram que, nestas últimas décadas, a capacidade instalada do setor apresentou crescimento espetacular em todos os anos, passando de menos de quatrocentos mil empregos na década de 1970 para mais de dois milhões na primeira década do atual século.

Estamos falando de um setor que dispõe de mais de trezentos mil médicos, uma equipe de enfermagem com mais de oitocentos mil profissionais (sendo cem mil enfermeiros), mais de 190 mil odontólogos, setenta mil farmacêuticos, 130 mil psicólogos e mais de 190 mil agentes comunitários de saúde.

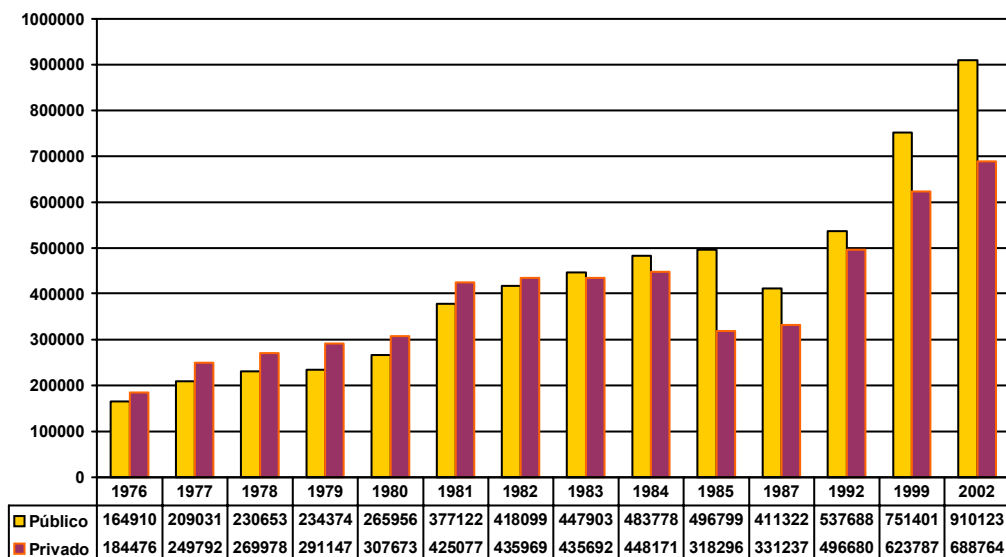
Tabela 2 – Capacidade instalada sistema de saúde – Série histórica – Brasil

Variáveis	1976	1980	1992	2002
Estabelecimentos	13.133	18.489	49.676	67.612
Público	6.765	10.045	27.092	38.373
Privado	6.368	8.444	22.584	29.239
LEITOS	443.888	509.168	544.357	471.171
Público	119.062	122.741	135.080	146.319
Privado	324.826	386.427	409.277	324.852
EMPREGOS	349.386	573.629	1.438.708	2.180.598*
Público	164.910	265.956	735.820	1.193.483
Privado	184.476	307.673	702.888	987.115
EMPREGOS	349.386	573.629	1.438.708	2.180.598
Federal	98.528	122.475	113.987	96.064
Estadual	60.094	96.443	315.328	306.042
Municipal	25.854	47.038	306.505	791.377
Privado	184.476	307.673	702.888	987.115

(*) Incluem os empregos administrativos.

Fonte: IBGE/AMS (vários anos)

Gráfico 2 – Evolução de empregos* de saúde por setor de atuação. Brasil – 1976-2002



(*) Excluem os empregos administrativos.

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (vários anos)

Vale ressaltar que, após a instituição do SUS, o setor saúde se tornou um sistema unificado, gerando milhares de empregos e produzindo serviços de saúde à população de forma unificada por princípios da universalidade e equidade, de maneira descentralizada.

Com mais de dois milhões de trabalhadores, como se caracteriza este contingente de pessoas que busca a saúde para trabalhar? O mercado de trabalho em saúde é um mercado com características próprias, configurando-se em um mercado de profissionais especializados (formais ou práticos), uma vez que em qualquer atividade exercida na saúde – seja ela com exigência de escolaridade mais elevada (nível superior) ou desenvolvida por trabalhadores com pouca escolaridade (nível elementar) – pressupõe-se profissionais com qualificação específica, seja ela formal ou empírica.

Algumas características, já analisadas por especialistas (Médici, Girardi, Nogueira, Machado, Sayeg, entre outros), marcam sobremaneira esta área:

Desde una perspectiva más genérica y en un ámbito más empírico, es que baremos esta descripción de la fuerza de trabajo, del sector es decir, a partir de algunas características más inmediatas y evidentes de su distribución, composición y modos de utilización, tales como: la fuerte concentración geográfica y social; la gran participación de las mujeres en el sector; la centralización y la hegemonía de los profesionales médicos; la situación de la baja calificación del personal 'auxiliar'; los bajos salarios en el sector; el asalariamiento y la 'degradación' del trabajo médico etc. (Girardi, 1991: 42)

Contudo, a caracterização feita por Girardi para a década de 1990 se apresenta com mudanças positivas na atualidade, contribuindo para a melhoria do setor.

O grau de escolaridade se elevou não só com a ampliação do quantitativo de profissionais de nível superior (novas profissões inserindo-se na equipe) e pelo crescimento do pessoal técnico, como também pela qualificação da equipe de enfermagem. Hoje, a composição dos empregos de saúde é a seguinte: nível superior, 33,5%; técnico/auxiliar, 28,6%; elementar, 11,2%; e administrativo, 26,7%.

A bipolaridade ‘médicos/atendentes de enfermagem’, situação vigente durante décadas, que somava mais de 80% da força de trabalho (Girardi, 1991), tende a se modificar rapidamente. O trabalho em saúde tem sido desenvolvido e ampliado atualmente por meio de equipes multiprofissio-

nais e multidisciplinares, requerendo cada vez mais a incorporação de novos profissionais. A centralidade médica deu lugar à centralidade da interdisciplinaridade, evocando profissões a atuarem em áreas nunca imagináveis. Para Machado (2000: 138):

A equipe profissional que produz assistência à saúde é hoje formada por médicos, enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos, biólogos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, além das recentes inserções dos engenheiros biomédicos, economistas, sociólogos, entre outros que virão incorporar-se à equipe.

A feminilização tornou-se uma marca registrada do setor. A maioria da força de trabalho em saúde é feminina, representando hoje mais de 70% de todo o contingente – e com tendência ao crescimento. Em algumas profissões, este processo de feminilização é recente e de forte impacto. Pode-se tomar os médicos como exemplo:

Dados recentes mostram que o Brasil teve um comportamento similar a outros países no que se refere ao processo de feminilização da profissão médica. Se na década de 1970 as mulheres médicas eram apenas 11%, já na década seguinte este percentual eleva-se para 22%, chegando nos anos 90 com 33% de seu contingente feminino. Estima-se que nas próximas duas décadas este percentual deve atingir 50%. (Machado, 2000: 137)

Sendo a saúde um setor de produção e prestação de serviços de relevância pública, o poder público tem enorme influência na demanda e oferta de empregos, constituindo seu maior empregador. Por outro lado, dada a conformação da prestação da assistência no país, o setor privado tem grande relevância também, sendo responsável por mais de 40% dos empregos, com especial ênfase na assistência hospitalar.

Apesar de políticas específicas de governo no sentido de reduzir a concentração de profissionais nos grandes centros,⁵ a ausência dos mesmos em municípios pequenos é um grande problema nacional. A relação médico/habitantes é exemplar para o entendimento desta problemática: no Brasil, há um médico para 594 habitantes; na região Norte, 1/1.190; no Nordeste,

5 Isto se refere especialmente ao Programa de Saúde da Família, estratégia do governo objetivando a reversão do modelo assistencial e a redução da urbanização da assistência. Para mais críticas, consulte o site do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br), especialmente no Departamento de Atenção Básica.

1/1.027; no Sudeste, 1/132; no Sul, 1/597; e no Centro-Oeste, 1/510. Estima-se em 1.500 o número de municípios que não têm médicos trabalhando e residindo neles, levando os gestores a contratações compartilhadas (um mesmo profissional atua em dois ou três municípios vizinhos).

Outra característica do mercado de trabalho em saúde é o uso intenso e diversificado da mão-de-obra. São mais de dois milhões de trabalhadores atuando em quase sete mil estabelecimentos, em mais de cinco mil municípios. Por outro lado, as diversas modalidades de contratação, bem como as jornadas de trabalho estabelecidas de 12, 20, 24, 32, 40 e até 44 horas, por exemplo, fazem do setor uma ‘anarquia institucional organizada’. Somado a esta característica de ‘anarquia institucional’, o SUS se depara hoje com outro enorme problema: a precarização do trabalho em áreas essenciais do setor.

A política neoliberal de flexibilização da inserção do trabalhador no mundo do trabalho na década de 1990 – adotada pelo governo federal e seguida, em boa medida, pelos governos estaduais e municipais – produziu efeitos deletérios no SUS. Verifica-se hoje nas instituições um volume enorme de contratações de serviços por terceirização. O processo de trabalho e o mundo de trabalho estão se transformando de forma significativa, alterando a modalidade de inserção e os vínculos empregatícios, a forma de remuneração e, muito fortemente, o modo de trabalhar configurando-se em arenas competitivas, individualizadas em ambientes pouco saudáveis. Esta concepção neoliberal que dominou a década de 1990 calcava-se nos preceitos da flexibilização e na racionalização dos recursos. Nogueira (2003: 51) comenta:

A terceirização de serviços técnico-profissionais (em adição à terceirização já tradicional de serviços gerais) vem se constituindo numa prática universal adotada em hospitais tanto privados quanto públicos. No caso do SUS, o que há de novo é diversificação, não só as referentes aos hospitais, mas também as que se dão no âmbito do sistema de gestão local em seu todo. Caracterizam-se, de modo geral, por envolver uma mediação feita por empresas privadas, ONGs e cooperativas, que contam, em comparação com a administração pública, com maior liberdade para contratação e fixação de níveis de remuneração.

Essa flexibilização contratual gerou no SUS mais de quinhentas mil situações de trabalho em condições precárias, contrariando não só a Constituição como também gerando insegurança na prestação dos serviços. Por

outro lado, as alternativas de vinculação institucional para os trabalhadores do SUS, na década neoliberal de 1990, na opinião de Nogueira pareciam ser ‘vantajosas’ para o sistema, uma vez que:

as injunções de ordem econômica e legal que limitam a contratação e remuneração de pessoal na administração pública têm ultimamente dado origem, no Sistema Único de Saúde (SUS), a uma forte tendência à terceirização de suas unidades e de seus recursos humanos. O processo de terceirização distingue-se como uma busca de flexibilidades externas que parecem vantajosas face à rigidez dos padrões vigentes da gestão dos quadros estatutários, ou seja, os funcionários públicos. (Nogueira, 2003: 51)

Ainda segundo o autor:

ao seguir a via da terceirização, o setor público submete-se à lógica administrativa que tem sido preconizada para a reforma do aparato de Estado, na medida em que promove uma separação entre a função de gestão e a de prestação de serviços, o que teoricamente tende a elevar a eficiência dos gastos públicos. (Nogueira, 2003: 51)

Coerente com os preceitos neoliberais, o governo federal, na década de 1990, passou a adotar a política de liberação para abertura de novas instituições de formação universitária. Na saúde, esta medida provocou um *boom* de novas escolas de saúde no período compreendido entre 1995 e final de 2002: as escolas de medicina passam de 85 para 119; as de enfermagem, de 108 para 334; as de odontologia, de 89 para 161; e as de farmácia, de 56 para 347. Sendo a saúde uma área de proteção e regulação do Estado, esta é uma questão delicada que precisa equacionar o dilema de ampliação do direito da população à universidade, as reais necessidades de novas escolas de saúde e os efeitos deste *boom*.

Enfim, o quadro de RH no contexto da Reforma Sanitária que se apresenta neste início de século é pouco animador. É fato que a Reforma Sanitária se fez realidade e que o SUS se consolidou em termos de um sistema unificado de assistência e atenção à saúde para os brasileiros. Resolveu-se em boa parte a questão do financiamento entre as três esferas de governo. No entanto, a negligência em que se deu a adoção de políticas de RH é um fato. Pode-se dizer que a década de 1990 foi perdida para os trabalhadores da saúde, por várias razões.

A década de 1990 – de consolidação do SUS – foi o período da antipolítica de RH. Os fatos são claros. O SUS passou a década de sua consolidação sem se preocupar com seus trabalhadores, sem elaborar uma efetiva política de RH compatível com a sua concepção universalista. Adotou-se a política da antipolítica.

Isso permitiu que os trabalhadores, entre outras questões: a) não tivessem perspectiva alguma de carreira profissional;⁶ b) a renovação e a expansão de novos profissionais não se dessem de forma correlata em termos constitucionais, e sim por meio da precarização do trabalho, criando, assim, um exército de trabalhadores sem direitos sociais e trabalhistas, aos moldes do início do século XX; c) a expansão das equipes com a entrada de novas profissões e ocupações se desse de forma anárquica, sem regulamentação e pouco comprometida com os preceitos do SUS; d) a expansão de novos cursos de saúde ocorresse sem critérios coerentes de qualificação do trabalho no SUS.

Se não bastassem esses problemas, o SUS também não proporcionou estruturas competentes e modernas na administração pública para lidar com tais questões. Ao contrário, as estruturas de RH existentes nas gestões do SUS demonstravam a pouca importância estratégica que esta área tinha para o sistema.

O resultado da pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), recentemente, mostra estas questões com clareza:

Outro conjunto de questões importantes diz respeito à estrutura organizacional precária da área de recursos humanos, tanto em termos de posicionamento hierárquico na estrutura da SES – ‘situação hierárquica ruim’, ‘hierarquia rígida’, gerando afastamento do setor do núcleo decisório – ‘RH à margem, falta autonomia, função de DP’, como em termos de instrumentos e processos operacionais precários – falta de instrumentos, comunicação insuficiente, e, principalmente, ausência de um sistema de informação adequado. (Conass, 2004: 30-31)

Outro ponto frágil da área de gestão de RH apontado pelo Conass é a vinculação organizacional da área nas secretarias de Saúde, ou seja, a maioria

6 Estudo feito pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde mostra que a maioria dos municípios e estados não tem planos de carreiras atualizados. Para mais críticas, ver o documento no *site* do Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão e da Educação na Saúde.

das estruturas não tem vínculo direto e orgânico com as secretarias e sim com órgãos da administração, dificultando bastante suas atividades e sua função estratégica. Segundo este estudo das características organizacionais da área de RH das secretarias estaduais de Saúde (SES), a situação é a seguinte: 11,1% das SES têm estruturas de RH de nível 1 – integrantes ao gabinete do secretário; 25,9% de nível 2 – subordinadas diretamente ao gabinete do secretário; e 51,8% de nível 3, hierarquicamente subordinadas a outro órgão da secretaria. De acordo com o Conass (2004: 28), “quase 50% dos problemas identificados se referem à carência de recursos financeiros e carência ou qualificação de pessoal, tanto em termos gerais, para o conjunto do sistema, como para área específica de recursos humanos”.

Situação muito semelhante pode ser encontrada nas estruturas municipais e, até 2002, na estrutura nacional, quando esta situação se altera radicalmente com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que passa a tratar o RH como uma questão estratégica de Estado.

Considerações finais

Estudos realizados na década de 1990 por pesquisadores de RH em saúde apresentam uma análise concisa das políticas de RH nestas últimas décadas. Segundo estes pesquisadores, o marco das políticas de RH ocorre com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foram discutidas e sistematizadas as principais propostas para a área, fundamentais, inclusive, para a Reforma Sanitária.

Entre as propostas, estão: a) remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estadual e municipal, com estabelecimento urgente e imediato do plano de cargos e salários; b) capacitação e reciclagem permanentes; c) admissão através de concurso público; d) estabilidade no emprego; e) composição multiprofissional das equipes, considerando as necessidades e a chamada de atendimento de cada região, em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial; f) compromissos dos servidores com os usuários; g) cumprimento da carga horária contratual e gratificação à dedicação exclusiva; h) direito à greve e sindicalização dos profissionais da saúde; i) formação dos profissionais da saúde integrada ao sistema de saúde regionali-

zado e hierarquizado; j) inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas; l) incorporação dos agentes populares de saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários (Machado et al., 1992). Segundo os autores, “de todas estas prioridades, vale destacar os pontos *a, e, l*, dado que indicam as grandes mudanças que constituem o cenário da proposta da Reforma Sanitária” (Machado et al., 1992: 43, grifos do autor).⁷

Mais adiante, com a realização da I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, em 1986, estas propostas são melhor sistematizadas e desdobram-se em grandes temas: valorização do profissional; preparação de recursos humanos; e compromisso social – nova ética para os trabalhadores de saúde. Posteriormente, realiza-se em 1993 a II Conferência Nacional de Recursos Humanos, que reforça as questões cruciais de RH.

De forma resumida, Machado et al. (1992) apresentam a cronologia das políticas de RH. A política de RH em saúde no Brasil pós-1967 reflete três momentos com conjunturas bastante distintas. O primeiro (1967-1974), caracterizado por incentivo à formação profissional especialmente de nível superior; estratégia de expansão dos empregos privados a partir do financiamento público; incremento da contratação de médicos e atendentes de enfermagem, reforçando a bipolaridade ‘médico/atendentes’; incentivo à hospitalização/especialização.

O segundo momento (1975-1986) se caracteriza, na primeira fase (1975-1984), pelo surgimento de dispositivos institucionais para reverter o quadro existente. Já na segunda fase (1984-1986), pela sua implementação com resultados, ou seja, aumento da participação do setor público na oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares; aumento da formação do pessoal técnico e sua incorporação nas equipes de saúde; e aumento do pessoal que atua na rede ambulatorial.

O terceiro momento (de 1987 em diante) é caracterizado pelas mudanças estruturais rumo à Reforma Sanitária, marcadas especialmente pelo processo de descentralização da assistência e, conseqüentemente, dos recursos humanos que integram os serviços. Inicia-se aí o processo que culminaria na reversão do quadro de pessoal ora concentrado na esfera federal para a municipal. Toda a política de RH passa a girar em torno da proposta da Reforma

⁷ Segundo os autores, de todas estas prioridades, vale destacar os pontos *a, e, l*, dado que indicam as grandes mudanças que constituem o cenário da proposta da Reforma Sanitária.

Sanitária – não só os aspectos gerenciais, mas também os financeiros, na perspectiva de atender às demandas que impunham tal reforma. O SUS torna-se uma realidade após longo debate constitucional.

No entanto, com o passar do tempo e com o avanço do processo do SUS, a realidade que se apresenta para a área de RH remete a mais dois momentos distintos. O primeiro refere-se a toda a década de 1990, caracterizada pela adoção dos preceitos neoliberais em detrimento aos da Reforma Sanitária. Isso transformou a questão de RH, ao longo da década, em um enorme problema para a Reforma Sanitária, invertendo toda a lógica preconizada no processo da reforma, de serem os trabalhadores (recursos humanos) peças-chave para a consolidação do SUS.

Fato de grande relevância neste período foi a elaboração da Norma Operacional Básica-RH (NOB-RH),⁸ que define princípios e diretrizes para uma NOB que teve como objetivo principal a discussão da centralidade do trabalho, do trabalhador, da valorização profissional e da regulação da relações de trabalho em saúde. No entanto, poucos resultados foram alcançados com a NOB-RH, uma vez que a política que imperou neste período foi a antipolítica de recursos humanos, priorizando a privatização através da terceirização de serviços, a flexibilização das relações e o *laissez-faire* na abertura de novos cursos na área da saúde.

Resumidamente, pode-se dizer que este período é caracterizado pelo abandono da proposta de planos de carreira profissional, pela precarização do trabalho no SUS, pela desmobilização do movimento sindical identificado na perda da importância da negociação do trabalho no SUS, pela pulverização das ações educativas e formativas no âmbito do SUS e pela proliferação de escolas de saúde. Sem dúvida, a década de 1990 pode ser denominada ‘década perdida para os recursos humanos em saúde’. Uma década marcada pela insistência de consolidar o SUS sem se preocupar com aqueles responsáveis pela produção dos serviços de saúde nas três esferas que compõem o SUS. O saldo político é uma enorme dívida social com os trabalhadores.

O momento seguinte inicia-se com o novo governo, em 2003, caracterizado pelo retorno aos princípios de que saúde é um bem público e os trabalhadores que atuam são um bem público. A mudança positiva nas políticas de recursos humanos vem acompanhada da criação, no governo Lula, da Se-

8 Para mais detalhamento, ver Ministério da Saúde (2003).

cretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, dentro do Ministério da Saúde, que passa a tratar especificamente da gestão dos recursos humanos na dimensão do trabalho e da educação na saúde.⁹ Com esta ação política, o governo federal inaugura um novo momento para a área de RH, trazendo esperança e confiança tanto para aqueles que produzem os serviços de saúde à população como para os responsáveis pela gestão dos sistemas de saúde. Assim, afirmam Jaeger, Ceccim e Machado (2004: 87):

De fato, o Ministério da Saúde tomou para si a responsabilidade de produzir a maior transformação, neste meio século de sua criação, no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação, regulação dos trabalhadores de saúde do Brasil. Sinal visível da importância deste movimento em direção à valorização dos trabalhadores foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde na estrutura ministerial.

É preciso enfrentar os efeitos deletérios da política neoliberal que se impôs na década de 1990, provocando o desestímulo, a perda do sentido de carreira profissional, a precarização do trabalho, entre outros males a serem combatidos. Pensar hoje a questão dos recursos humanos significa pensar aqueles que são os protagonistas da Reforma Sanitária, aqueles que detêm a técnica, o saber e o trabalho a serem postos a favor da população brasileira.

Enfrentar os efeitos deletérios da política neoliberal da década de 1990 significa resgatar a ‘década perdida’, o elo de ligação entre o bem público e aqueles que são os guardiões deste bem público – os trabalhadores da saúde.

A III Conferência de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a ser realizada em novembro de 2005, aponta para a superação destes problemas e o amadurecimento político das partes envolvidas: gestores, trabalhadores e usuários na busca de soluções reais, concretas e, acima de tudo, politicamente corretas na busca de resgatar a enorme dívida social que a Reforma Sanitária tem com seus trabalhadores do SUS. A esperança, o compromisso político e a compreensão para enfrentar os problemas e os desafios na área são os sentimentos que movem todos, gestores, trabalhadores e usuários nesta III Conferência.

9 Para melhor compreensão da nova política adotada ver os documentos: *Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde: agenda positiva*. Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho em Saúde. Brasília: SGTES/MS, 2004. E *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: SGTES/MS, 2004.

Referências bibliográficas

- CONASS. *Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal*. Brasília: Conass, 2004.
- DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- DONNANGELO, M. C. F. (Coord.). *Condições do Exercício da Medicina na Área Metropolitana de São Paulo*, Relatório de Pesquisa. São Paulo: 1980.
- GERSCHMAN, S. A descentralização da política de saúde no final dos anos 1990. *Revista de Administração Pública*, 34(4): 147-170, 2000.
- GIRARDI, S. La fuerza de trabajo en el sector salud: elementos teóricos y evidencias empíricas. *Educación Médica y Salud*, 25(1): 37-47, 1991.
- JAEGER, M. L., CECCIM, R. & MACHADO, M. H. Gestão do trabalho e da educação. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, edição especial: 86-103, 2004.
- MACHADO, M. H. et al. *O Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ensp, 1992.
- MACHADO, M. H. et al. *Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde em contexto de mudanças. *Revista de Administração Pública*, 34(4): 136-146, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Princípios e Diretrizes para a NOB-RH-SUS*. Conselho Nacional de Saúde. Série Cadernos Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- MOTA, A. et al. Ministério da Saúde e Organização Pan-americana de Saúde. *Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil: a obra de Maria Cecília Donnangelo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- NOGUEIRA, R. Alternativas de vinculação institucional para os trabalhadores do SUS. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- PEREIRA NETO, A. de F. *A História da Profissão Médica: o ponto de vista de Paul Starr*. Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 101. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, 1994.
- REGO, S. *A prática na formação médica: o estágio extracurricular em questão*, 1994. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Centro Biomédico, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

SANTOS, M. R. dos. *Do boticário ao bioquímico: as transformações ocorridas com a profissão farmacêutica no Brasil*, 1993. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

SANTOS NETO, P. M. dos. O processo de profissionalização médica em Pernambuco: um estudo sobre a categoria médica pernambucana, sua organização, seus interesses, 1993. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1993.

SCHRAIBER, L. B. *O Médico e seu Trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

Anexo

Tabela 3 – População, empregos, municípios segundo grandes regiões – Brasil

Região e classes de tamanho da população dos municípios (habitantes)	Empregos de saúde	População residente			Número de municípios (1)	
		Total	Urbana	Rural	Total	Abs. %
Norte	132.605	9.446.195	4.058.417	13.504.612	449	100,00
Até 5.000	3.106	165.323	143.031	308.354	98	21,83
5.000-10.000	5.578	314.302	319.411	633.713	91	20,27
10.001-20.000	11.338	671.086	904.901	1.575.987	113	25,17
20.001-50.000	22.424	1.723.827	1.569.202	3.293.029	104	23,16
50.001-100.000	15.867	1.394.947	730.773	2.125.720	29	6,46
100.001-500.000	30.893	2.383.356	372.966	2.756.322	12	2,67
Mais de 500.000	43.399	2.793.354	18.133	2.811.487	2	0,45
Nordeste	523.221	33.843.748	15.001.471	48.845.219	1.792	100,00
Até 5.000	9563	408.229	541.777	950.006	263	14,68
5.001-10.000	25.118	1.366.594	1.556.504	2.923.098	400	22,32
10.001-20.000	60.393	3.877.650	4.429.450	8.307.100	590	32,92
20.001-50.000	86.363	6.531.885	5.583.520	12.115.405	397	22,15
50.001-100.000	53.975	4.521.454	1.982.589	6.504.043	96	5,36
100.001-500.000	82.037	6.603.248	818.020	7.421.268	37	2,06
Mais de 500.000	205.772	10.534.689	89.610	10.624.299	9	0,50
Sudeste	1.046.239	67.269.948	7.177.496	74.447.443	1.023	100,00
Até 5.000	12.845	880.321	564.331	1.444.652	251	24,54
5.001-10.000	23.961	1.841.293	1.064.302	2.905.595	288	28,15
10.001-20.000	42.467	3.277.935	1.460.714	4.738.649	229	22,39
20.001-50.000	80.422	6.541.667	1.697.418	8.239.085	151	14,76
50.001-100.000	92.981	7.272.387	781.899	8.054.286	52	5,08
100.001-500.000	287.165	19.993.520	887.058	20.880.578	45	4,40
Mais de 500.000	506.398	27.462.825	721.773	28.184.598	7	0,68
Sul	324.215	20.929.884	4.804.228	25.734.111	1.189	100,00
Até 5.000	11.615	589.784	782.340	1.372.124	429	36,08
5.001-10.000	18.511	1.099.383	1.069.210	2.168.593	305	25,65
10.001-20.000	25.822	2.050.182	1.156.385	3.206.567	231	19,43
20.001-50.000	34.800	3.140.648	848.778	3.989.426	134	11,27
50.001-100.000	39.614	3.280.547	506.329	3.786.876	51	4,29
100.001-500.000	111.552	7.781.808	400.664	8.182.472	37	3,11
Mais de 500.000	82.301	2.987.532	40.521	3.028.053	2	0,17
Centro-Oeste	154.318	10.503.643	1.597.904	12.101.547	463	100,00
Até 5.000	5.113	317.711	195.368	513.079	161	34,77
5.001-10.000	7.156	502.280	293.434	795.714	109	23,54
10.001-20.000	12.956	1.046.224	453.279	1.499.503	105	22,68
20.001-50.000	16.163	1.430.759	366.932	1.797.691	59	12,74
50.001-100.000	11.351	1.195.917	111.991	1.307.908	17	3,67
100.001-500.000	13.470	1.659.125	60.579	1.719.704	9	1,94
Mais de 500.000	88.109	4.351.627	116.321	4.467.948	3	0,65
BRASIL	2.180.598	141.942.082	32.639.515	174.632.932	5.561	100,00
Até 5.000	42.242	2.361.368	2.226.847	4.588.215	1.382	24,85
5.001-10.000	80.324	5.123.852	4.302.861	9.426.713	1.308	23,52
10.001-20.000	152.976	10.923.077	8.404.729	19.327.806	1.384	24,89
20.001-50.000	240.172	19.368.786	10.065.850	29.434.636	963	17,32
50.001-100.000	213.788	17.665.251	4.113.582	21.778.833	299	5,38
100.001-500.000	525.117	38.421.058	2.539.287	40.960.344	194	3,49
Mais de 500.000	925.979	48.130.026	986.359	49.116.385	31	0,56

(1) Número de municípios existentes em 31/12/2002, segundo o IBGE.

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, 2002 e estimativas do censo demográfico, 2002.

PARTE III

Princípios, Implantação e Desafios do SUS

9. A POLÍTICA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL¹

Marta Arretche

O processo de construção institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo da década de 1990 é aqui analisado, sob o argumento de que o processo de reforma da política de saúde já se completou, uma vez que, em 2000, 99% dos municípios brasileiros já haviam aderido ao SUS. Além disso, as regras e arenas decisórias do sistema estão estabelecidas, permitindo a tomada de decisões, a coordenação das ações e a interação entre os principais atores desta política particular. Durante a década de 1990, institucionalizou-se um modelo de política de saúde distinto do modelo inaugurado por Vargas e ampliado pelo regime militar, em consonância com os princípios de reforma estabelecidos pela Constituição de 1988. A reforma se completou na medida em que um novo paradigma de política pública se institucionalizou (Hall, 1993).

Não há dúvida de que o SUS será modificado no futuro, pois o funcionamento regular de uma política inclui sua permanente reformulação. Alternância de partidos políticos no poder e a necessidade de contínuos aperfeiçoamentos implicam mudanças nas políticas. Mais do que isso, o SUS – assim como qualquer política pública – é a expressão de diversas decisões sobre as regras de operação desta política particular, em distintos momentos críticos, fruto de intenso conflito entre diferentes grupos burocráticos e de interesse. Seu desenho não coincide inteiramente com a agenda de nenhum grupo ou corrente particular, ainda que o movimento sanitário tenha sido hegemônico em sua construção. Como em qualquer política pública, os grupos perdedores estão permanentemente buscando

¹ Parte da pesquisa em que se apóia este artigo foi publicada em *Toward a Unified and More Equitable System: health reform in Brazil* (Kaufmann e Nelson, 2004). Os editores gentilmente autorizaram que parte daquele artigo fosse incorporada neste. Agradecimentos aos comentários e sugestões de Argelina Figueiredo, Celina Souza, Eduardo Marques, Fernando Limongi, Joan Nelson, Robert Kaufman, Thomas Bossert, Kurt Weyland, Vera Schattan, Silvia Gerschmann, Nísia Trindade Lima, Lígia Bahia e Sarah Escorel.

oportunidades políticas para introduzir os mecanismos institucionais que mais lhes interessam (Moe, 1989), o que acarreta contínuas mudanças.

Pretende-se demonstrar, ainda, que o SUS expressa um modelo particular de descentralização que, simultaneamente, concentra autoridade no governo federal – mais particularmente no Ministério da Saúde – e garante a representação dos principais atores – em especial estados e municípios – no processo decisório, sobretudo através das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde.

Este desenho institucional, contudo, não estava pronto quando da aprovação da ‘idéia’ do SUS, na Assembléia Nacional Constituinte, em 1988. Diferentemente, foi construído ao longo da década de 1990, como resultado da interação estratégica dos atores relevantes nesta política pública. O legado das políticas anteriores (Evans, Rueschemeyer e Skocpol, 1985; Weir, Orloff e Skocpol, 1988; Skocpol, 1992; Menicucci, 2004), a natureza das arenas decisórias (Immergutt, 1996; Tsebelis, 1990) e as estratégias dos atores foram particularmente relevantes para este resultado.

O processo de formação do Estado brasileiro, que concentrou capacidades estatais no governo federal, e a distribuição de responsabilidades no SUS, atribuindo funções de financiamento e coordenação ao Ministério da Saúde, implicaram que este último se tornasse o ator mais poderoso no processo de implementação da reforma. Conscientes deste fato, autoridades locais de saúde e o movimento sanitário lutaram para institucionalizar seus direitos de participação no processo decisório. Este foi um jogo que acompanhou os conflitos em torno da definição das regras da descentralização. Ele refere-se às estratégias dos atores para definir as regras através das quais as decisões seriam tomadas (Tsebelis, 1990) ou para encontrar soluções alternativas às decisões tomadas, desobedecendo-as na prática (Héritier, 1999). No caso da política de saúde, tratou-se de um conflito federativo através do qual as autoridades locais de saúde pressionaram para institucionalizar seus direitos de participação no processo de formulação da política de saúde, bem como o Ministério da Saúde buscou ‘escapar’ das decisões e das regras decisórias que impunham limites à sua capacidade de exercer a autoridade unilateralmente.

Este artigo está dividido em cinco partes. A primeira seção descreve brevemente o sistema de provisão anterior à reforma – isto é, os sistemas público e privado –, para destacar o efeito do legado das políticas prévias sobre a formulação e implementação da reforma. A segunda apresenta a

oportunidade histórica representada pela Assembléia Nacional Constituinte para os articuladores setoriais, descrevendo a fase da reforma em que o processo decisório esteve concentrado na arena parlamentar. A terceira aponta os passos iniciais de implementação do SUS, a conformação da coalizão de sua sustentação e a definição por um modelo de descentralização que concentra autoridade no governo federal. A quarta analisa a implementação da reforma, mostrando que nesta fase ocorreu um deslocamento da principal arena decisória: do parlamento para o executivo. A terceira e a quarta seção exploram as disputas em torno da definição ‘das regras do jogo’ e ‘o jogo das regras’. A última parte expõe as principais conclusões do artigo.

O modelo anterior e seu legado

Não se pretende, aqui, descrever detalhadamente o sistema público de saúde inaugurado na década de 1930, sob inspiração do modelo bismarckiano, e sua ampliação pelo regime militar.² O objetivo é destacar o legado deste modelo, que afetou os processos de formulação e implementação do SUS, operando como constrangimento às propostas reformadoras.

A fórmula de proteção à saúde inaugurada por Vargas era a de um modelo de seguro no interior do sistema previdenciário. Sua massificação durante o regime militar, ampliando significativamente o escopo da cobertura, fazia com que o direito a serviços públicos de saúde ficasse restrito apenas aos trabalhadores formais que pagavam contribuições ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Neste, uma única agência federal – o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) – estava encarregada do financiamento e gestão da assistência médica, bem como da seleção, contratação e pagamento dos provedores de serviços no nível nacional.

A centralização de recursos e de poder de contratação permitia ao Inamps definir de fato as prioridades da política de saúde no modelo do regime militar.³ Tal concentração de poder associada às relações de sua burocracia com os provedores privados de serviço tornou o Inamps uma instituição com poder de veto sobre as iniciativas de reforma que visaram, já em meados da década

² Há diversos trabalhos sobre o tema, entre os quais: Arretche (2000), Costa (2001), Draibe, Castro e Azeredo (1991), Draibe (1994), Fagnani (1996), Nepp (1989) e Vianna (1988).

³ No final da década de 1980, 78% do gasto federal em saúde destinavam-se à assistência médica, ao passo que apenas 22%, aos programas preventivos (Draibe, Castro e Azeredo, 1991).

de 1980, a descentralizar e universalizar o acesso aos serviços de saúde, tais como a Ações Integradas de Saúde (AIH) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds).

A construção hospitalar privada também foi subsidiada pelas políticas do regime militar.⁴ Além disso, o sistema hospitalar privado e a indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares tiveram expressiva expansão a partir da década de 1970 (Furtado e Souza, 2001; Queiroz e Velazquez, 2001), basicamente porque o sistema público de seguro lhes garantia demanda, sem exigir exclusividade, o que lhes permitia também prover serviços a particulares e seguros privados. Como resultado, as políticas do regime militar criaram um ator relevante para o entendimento do processo de formulação e implementação do SUS: o sistema hospitalar privado, organizado em associações nacionais. Além disso, na década de 1980, o sistema público dependia das instalações hospitalares privadas para a provisão de serviços complexos.⁵

No que diz respeito à atenção básica, os grandes provedores já eram os estados e municípios no final da década de 1980,⁶ assim como o governo federal já não era mais um provedor importante, na medida em que apenas 5,2% dos estabelecimentos de atenção primária à saúde estavam sob sua responsabilidade (dados do IBGE/AMS). Isso significa que a municipalização da saúde, preconizada pela Constituição Federal de 1988 (CF88), implicaria transferências de responsabilidade de gestão dos estados para os municípios.

O governo federal era, entretanto, o nível de governo que, de longe, mais gastava no setor. Em 1987 e 1988, arrecadou – em grande parte, via INPS – mais de 80% do total de recursos da política de saúde (Tabela 1) e foi responsável por mais de 60% do total do que foi gasto (Tabela 2). Esta centralização do financiamento ao sistema nacional de saúde foi decisiva no momento de implantação do SUS, no início da década de 1990, conferindo ao Ministério da Saúde autoridade sobre a definição dos rumos da política.

⁴ O Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) foi criado em 1974 para subsidiar, com recursos das loterias federais, a construção hospitalar, entre outros projetos.

⁵ Em 1988, 81% dos hospitais eram privados. Para o atendimento de emergência, 43% dos estabelecimentos eram privados (dados do IBGE/AMS).

⁶ Noventa e oito por cento dos estabelecimentos de atenção básica à saúde eram públicos. Governos estaduais e municipais representavam 93% da provisão de serviços de atenção primária em 1989 (dados do IBGE/AMS).

Tabela 1 – Gasto em saúde de acordo com a fonte de recursos* – 1985-1996

Anos	Gasto público (US\$ Million)				Gasto público (%)			
	Federal	Estadual	Municipal	Total	Federal	Estadual	Municipal	Total
1985	10.573,8	2.523,1	1.343,9	14.440,8	73,2	17,5	9,3	100,0
1986	9.534,5	2.685,1	1.452,3	13.671,9	69,8	19,6	10,6	100,0
1987	14.743,7	1.325,0	1.435,9	17.508,2	84,2	7,6	8,2	100,0
1988	15.400,7	-95,4	2.482,3	17.787,6	86,6	-0,5	13,9	100,0
1989	19.172,4	2.067,8	2.676,2	23.916,4	80,2	8,6	11,2	100,0
1990	13.659,1	2.467,4	2.177,2	18.303,7	74,6	13,5	11,9	100,0
1991	11.344,1	2.000,8	1.575,6	14.920,5	76,0	13,4	10,6	100,0
1992	10.010,2	2.045,7	1.776,0	13.831,9	72,4	14,8	12,8	100,0
1993	10.294,6	---	---	---	---	---	---	---
1994	10.441,6	3.705,1	2.883,9	17.030,6	61,3	21,8	16,9	100,0
1995	14.500,3	4.275,0	3.969,8	22.745,1	63,8	18,8	17,4	100,0
1996	12.420,5	4.285,5	6.419,4	23.125,4	53,7	18,5	27,8	100,0

Nota: * Significa o nível de governo que arrecadou os recursos.

Fonte: Iesp/Fundap e Disoc/Ipea, apud Medici (2002).

Tabela 2 – Gasto público de acordo com a responsabilidade do gasto* – 1985-1996

Anos	Gasto público (US\$ Million)				Gasto público (%)			
	Federal	Estadual	Municipal	Total	Federal	Estadual	Municipal	Total
1985	9.677,6	3.382,3	1.380,9	14.440,8	67,0	23,4	9,6	100,0
1986	8.321,3	3.599,4	1.751,2	13.671,9	60,9	26,3	12,8	100,0
1987	11.179,6	4.314,1	2.010,9	17.508,2	63,9	24,6	11,5	100,0
1988	9.034,9	6.225,7	2.527,0	17.787,6	50,8	35,0	14,2	100,0
1989	12.943,8	8.011,8	2.960,8	23.916,4	54,1	33,5	12,4	100,0
1990	9.614,1	6.005,9	2.683,7	18.303,7	52,5	32,8	14,6	100,0
1991	7.809,9	5.414,7	2.695,9	14.920,5	52,3	29,8	18,1	100,0
1992	9.702,3	2.353,6	1.776,0	13.831,9	70,1	17,0	12,9	100,0
1993	9.301,6	---	---	---	---	---	---	---
1994	9.624,1	4.230,7	3.175,8	17.030,6	56,5	24,8	18,7	100,0
1995	13.005,4	4.854,1	4.885,6	22.745,1	57,2	21,5	21,3	100,0
1996	10.561,3	4.513,0	8.051,1	23.125,4	45,7	19,5	34,8	100,0

Nota: * Significa o nível de governo encarregado de gastar os recursos.

Fonte: Iesp/Fundap e Disoc/Ipea, apud Medici (2002).

As políticas do regime militar também explicam a expansão e as características da indústria de seguros privados no Brasil. A demanda por seguros privados de saúde adveio da insatisfação da classe média e dos trabalhadores mais organizados com os programas do seguro público, mas foi também estimulada pela isenção fiscal do total de gastos em saúde. Os subsídios da Previdência Social permitiram e estimularam desde a década de 1960 que os trabalhadores

de alguns ramos da indústria em São Paulo e do setor bancário, bem como empregados das agências federais e das empresas estatais, tivessem seus próprios planos de seguro de saúde (Vianna, 1998).

Adicionalmente, a legislação sobre seguros protegeu as seguradoras privadas de base médica em detrimento das financeiras até o início da década de 1990, de tal modo que os primeiros se estabeleceram previamente no mercado de seguros privados de saúde. A entrada das financeiras neste mercado foi restringida até 1989, porque a legislação as proibia de referenciar médicos a seus segurados, ao passo que a medicina de grupo e as cooperativas médicas operavam sem nenhuma regulação específica (Bahia, 2001).⁷

O fato de que a classe média, as categorias mais organizadas de trabalhadores e os empregados das estatais tivessem seus próprios planos de saúde explica seu escasso ou nenhum interesse em relação à construção do SUS. Independentemente das orientações dos dirigentes sindicais, suas bases estavam mobilizadas para obtenção de mais e melhores benefícios para seus próprios sistemas privados de seguro.

Além desses, os trabalhadores menos organizados e rurais, assim como trabalhadores do mercado informal de trabalho ou desempregados, careciam de suficiente organização política para pressionar por reformas de saúde de âmbito nacional. Na verdade, a partir da década de 1970, os movimentos sociais pressionaram por melhores serviços de saúde para suas comunidades, mas eram basicamente demandas de âmbito local (Weyland, 1996). Por consequência, as propostas na direção de uma ampla reforma da política de saúde foram formuladas e conduzidas por uma elite setorial: o movimento sanitário.

A oportunidade política de constitucionalizar os objetivos de reforma

Debates e propostas para a reforma da política nacional de saúde já estavam na agenda desta política setorial na década de 1980 – portanto, bem antes da Assembléia Nacional Constituinte. Opunham, de um lado, o movimento sanitário, autoridades locais de saúde e correntes progressistas da burocracia do Ministério da Saúde e do Inamps e, de outro, parte expressiva da burocracia desse organismo e associações de provedores privados.

⁷ Em 1987, havia apenas cinco financeiras operando neste mercado com cerca de oitocentos mil segurados. As seguradoras controladas pelas corporações médicas – medicina de grupo, cooperativas médicas e empresas de auto-gestão –, por sua vez, detinham os contratos de 21 milhões de segurados (Bahia, 2001).

O movimento sanitário propunha uma reforma abrangente e de orientação redistributiva desde o final da década de 1970. Defendia a universalização da cobertura, a extensão dos programas preventivos e de atenção básica à população de baixa renda, o aumento do controle sobre os provedores privados e a descentralização. Para estes mediadores setoriais (Jobert e Muller, 1987; Muller, 1990),⁸ os principais problemas a serem enfrentados por uma reforma da política de saúde eram sua reduzida capacidade de atingir os pobres (*mistargeting*), os custos crescentes da medicina curativa e a excessiva dependência em relação aos provedores privados (Gerschman e Borges, 2004). Avaliavam que a centralização decisória favorecia estes últimos porque a burocracia do Inamps era capturada pela indústria hospitalar e de remédios.

Portanto, para estes reformadores setoriais, a descentralização não era apenas um mecanismo para aumentar a eficiência da política. Era também, e principalmente, uma estratégia para enfraquecer a influência dos provedores privados sobre o processo decisório da política de saúde. Extinguir ou descentralizar as atribuições do Inamps significava reduzir os mecanismos de alavancagem dos interesses do setor hospitalar privado e da indústria farmacêutica na formulação da política nacional de saúde.

O contexto político da década de 1980 favoreceu os reformistas, ainda que o legado institucional do modelo anterior limitasse suas estratégias de reforma. Já no final da década de 1970, o déficit da Previdência Social – causado por gasto excessivo com o pagamento dos provedores privados e desvio de recursos para construção de infra-estrutura⁹ – veio a público. Este fato abriu espaço na agenda para a necessidade de reformar o modelo de prestação de serviços, com base no argumento da necessidade de combate ao déficit fiscal. A estratégia da década de 1980 consistiu em tentativas de reformar o sistema de saúde por ‘dentro’, isto é, através da ocupação de postos no executivo nos três níveis de governo, mais particularmente no próprio Inamps e no Ministério da Saúde, bem como nas secretarias estaduais e municipais de Saúde.

Por esta razão, medidas em direção à descentralização e à prioridade à saúde preventiva foram tomadas ainda no início desta década. A transferência de recursos e funções do Inamps aos governos estaduais foi uma delas, mas o primeiro manteve a autoridade sobre o financiamento e a contratação dos prove-

⁸ Mediadores setoriais são os agentes que constroem o referencial de uma política, isto é, as imagens cognitivas que determinam a percepção dos problemas de uma política e a definição das soluções apropriadas (Jobert e Muller, 1987; Muller, 1990).

⁹ O déficit da Previdência Social neste período foi publicamente atribuído ao desvio de recursos para a construção da Ponte Rio-Niterói, da Transamazônica e da Usina Hidrelétrica de Itaipu.

dores privados, limitando o alcance da medida (Nepp, 1989; Weyland, 1996).¹⁰ Medidas descentralizadoras – tais como a AIS e o Suds – e (fracassados) esforços para controlar as despesas com o setor privado lucrativo também foram tomados. Durante o governo Sarney, especialmente em sua primeira metade (1985 a 1987), a presença da centro-esquerda em sua coalizão de governo permitiu que burocracias reformistas transformassem em políticas efetivas alguns de seus objetivos de reforma a partir de suas posições no executivo federal.

A Assembléia Constituinte ofereceu uma oportunidade política para os reformistas, pois lhes ofereceu a possibilidade de constitucionalizar seus objetivos de reforma. A arena de formulação deslocou-se, então, dos postos no Executivo nos três níveis de governo para a Assembléia Constituinte. E, de fato, liderados pelo movimento sanitário, os reformistas foram capazes de aprovar grande parte de suas propostas. A Constituição de 1988 estabeleceu que a saúde seria gratuita e universal em qualquer nível de atendimento, bem como a responsabilidade estatal por sua provisão, substituindo, assim, o modelo prévio baseado no seguro social. Além disso, estabeleceu a unificação da política de saúde em qualquer nível de governo, bem como a transferência do comando desta política para o Ministério da Saúde. Essas decisões visaram a eliminar a dualidade prévia entre atenção preventiva e curativa, assim como tirar a atenção curativa do âmbito de autoridade da Previdência Social, particularmente do Inamps. Finalmente, a Constituição definiu que o sistema seria descentralizado, revertendo, portanto, o padrão centralizado de formação do Estado Brasileiro, que se iniciou na década de 1930. Em conjunto, estas regras constitucionais definiram os princípios do SUS.

A estratégia de reforma pretendeu enfraquecer a burocracia do Inamps, em duas etapas. Em uma fase transitória, o Inamps seria transferido do Ministério da Previdência Social para o Ministério da Saúde e, em seguida, seria extinto. A burocracia do Inamps perderia, portanto, sua autonomia institucional e, por esta via, se reduziriam os mecanismos de alavancagem dos grupos econômicos lucrativos na política de saúde.

Entretanto, a proposta de gradual estatização da provisão de serviços de saúde foi firmemente derrotada pelos provedores privados (Nepp, 1989; Weyland, 1996). Assim, as deliberações constitucionais que deram origem ao SUS não tiraram os provedores privados lucrativos do papel que ocupavam na

¹⁰ Estas medidas, associadas à pressão dos movimentos sociais pela melhoria dos serviços de âmbito local, implicaram um crescimento expressivo da quantidade de estabelecimentos de atenção primária à saúde já na década de 1980: passaram de 13.071, em 1984, para 18.463, em 1988, e, novamente, para 19.839, em 1990 (dados do IBGE/AMS).

provisão de serviços especializados de atenção à saúde. Na Constituinte, estes atores conseguiram vetar qualquer proposta de reforma que lhes subtraísse a demanda pública por serviços hospitalares.

Portanto, a Assembléia Constituinte ofereceu uma oportunidade política para que os articuladores da reforma constitucionalizassem seus objetivos. A constitucionalização elevava os custos de reversão da reforma, limitando futuramente a margem de ação dos opositores do SUS. No governo Collor, como será visto mais adiante, a constitucionalização revelou sua importância estratégica.

Por outro lado, a aprovação da reforma na Constituinte foi condicionada pelas políticas anteriores. O setor hospitalar privado organizado era uma criatura do modelo de política do regime militar, assim como sua capacidade de vetar as medidas de reforma que afetassem seu papel na provisão de serviços. O mesmo pode ser dito em relação ao reduzido interesse do sindicalismo mais organizado pelo SUS. Nestas condições, coube ao movimento sanitário, liderado por uma burocracia setorial, a condução do processo de formulação da reforma.

Construindo a descentralização e concentrando a autoridade no Ministério da Saúde

Após a promulgação da Constituição, passou-se à fase de sua regulamentação. A burocracia do Ministério da Saúde ficou encarregada de redigir a Lei Orgânica da Saúde, durante o último ano do governo Sarney (1989), mas sua aprovação no Congresso aconteceu durante o governo Collor, através de uma ampla aliança que reuniu a esquerda progressista e os setores conservadores de direita (Carvalho, 2001).

No entanto, o presidente Collor pretendia reverter o SUS e, para tal, usou seus poderes constitucionais para vetar 25 artigos da Lei n. 8.080/90, particularmente aqueles relacionados à extinção do Inamps, aos recursos vinculados ao financiamento do SUS e às transferências automáticas para os municípios (Cordeiro, 2001). Sob intensa pressão do movimento sanitário e das autoridades locais de saúde, o impasse foi resolvido três meses depois com a aprovação de duas leis (8.080/90 e 8142/90). Os reformadores progressistas conseguiram aprovar a obrigação do Ministério da Saúde de fazer transferências automáticas e regulares aos municípios, assim como uma data limite para a extinção do Inamps.¹¹ O controle público sobre o setor privado

¹¹ O Inamps foi transferido para o Ministério da Saúde em 1990 e, finalmente, extinto em 1993.

permaneceu vagamente definido, assim como as associações médicas lucrativas passaram a ter assento no Conselho Nacional de Saúde.

A Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde conformaram as características do sistema público. Para atender a objetivos analíticos, é importante destacar duas delas. Em primeiro lugar, os provedores lucrativos conservaram seu papel na provisão de serviços especializados, bem como mantiveram sua autonomia para o exercício liberal da medicina. Portanto, ganharam todos: o setor privado lucrativo conservou seu papel na provisão de serviços, sem garantir exclusividade ao SUS; os médicos mantiveram a possibilidade de prestar simultaneamente serviços ao SUS e ao exercício liberal da medicina; e prefeitos e governadores poderiam agradar seu eleitorado com o aumento da provisão de serviços gratuitos e ganharam, finalmente, os cidadãos, pela promessa de que receberiam a integralidade dos serviços de saúde de modo universal e gratuito. Estava constituída a grande coalizão de sustentação do SUS.

Em segundo lugar, na estrutura institucional do SUS, o governo federal ficou encarregado das funções de financiamento e coordenação intergovernamental, enquanto os municípios se responsabilizaram pela gestão dos programas locais. A função dos governos estaduais passou a ser de dar suporte aos sistemas municipais. Esta distribuição intergovernamental de funções autoriza o governo federal a tomar as principais decisões referentes à política nacional de saúde. A concentração da autoridade sobre o financiamento e a coordenação do sistema nas mãos do governo federal significa que os governos locais são fortemente dependentes das regras e transferências da União para a implementação de suas políticas.

Assim, a partir da década de 1990, o Ministério da Saúde passou a ser simultaneamente a principal arena decisória de formulação da política nacional e o ator mais poderoso desta mesma arena. Porém, ao longo desta década, ocorreu uma significativa disputa entre o Ministério da Saúde e as autoridades locais de saúde em relação tanto às regras da descentralização quanto às regras decisórias da política de saúde.

As regras da descentralização dizem respeito aos mecanismos através dos quais os governos locais assumiriam as funções de gestão dos sistemas locais de saúde. As disputas em torno das regras da descentralização envolveram basicamente questões referentes aos mecanismos de transferência dos recursos federais (transferências automáticas ou negociadas), o destino das transferências (para os provedores ou para as autoridades locais) e o modo de avaliação do gasto realizado pelos governos locais.

As regras decisórias da política de saúde, por sua vez, envolviam direitos de participação na formulação da política. As disputas sobre as regras estabeleceram essencialmente a extensão da autoridade do Ministério da Saúde e o grau de participação dos governos locais no processo decisório. Elas ocorreram ao longo do processo de implementação da reforma. O resultado das disputas em torno das ‘regras de jogo’ e do ‘jogo das regras’ definiu o modelo institucional de gestão nacional da política de saúde.

Implementando a reforma e construindo o SUS

Uma vez aprovada a legislação referente ao SUS, a implementação da reforma passou para o primeiro plano na agenda do setor. A fase de implementação do SUS operou um deslocamento da arena principal de formulação da política de saúde: do Parlamento para o Poder Executivo. A comunidade da saúde avaliou que as regras constitucionais e a Lei Orgânica da Saúde não eram suficientes para orientar o processo de descentralização. Assim, Normas Operacionais Básicas (NOBs) emitidas pelo Ministério da Saúde tornaram-se o principal instrumento da reforma a partir do início da década de 1990. O conteúdo das NOBs passou a ser objeto de intensa disputa, envolvendo tanto as regras da descentralização quanto as regras decisórias.

GOVERNO COLLOR (1990-1992)

O presidente Fernando Collor não tinha grande simpatia pelo projeto de descentralização e pretendia ampliar o controle político do governo federal sobre os estados e municípios. Assim, nomeou para ministro da Saúde um ex-funcionário do Inamps, Alcení Guerra, cuja estratégia era postergar a descentralização, estabelecendo vínculos diretos com os municípios e ampliando a autonomia do governo federal em relação às transferências intergovernamentais (Lucchese, 1996).

As NOBs emitidas durante o governo Collor estabeleciam que os provedores de serviços – públicos ou privados – seriam pagos de acordo com o volume de produção. As transferências aos municípios não seriam automáticas, mas firmadas através de convênios. O investimento em estabelecimentos de saúde ficaria restrito aos já existentes (Levcovitz, Lima e Machado, 2001). Estas regras pretendiam reduzir a autonomia dos municípios, criando incentivos para forçá-los a aceitar as propostas do governo federal. Uma vez que os recursos do Ministério

da Saúde iriam diretamente aos provedores – públicos ou privados – e os provedores públicos seriam pagos do mesmo modo que os privados, os municípios não teriam autoridade sobre estes recursos, sendo então constrangidos a aceitar as exigências do governo federal para receber transferências federais.

No entanto, a Constituição e a Lei Orgânica da Saúde davam suporte às pressões do movimento sanitário e das autoridades locais de saúde, favoráveis às transferências automáticas, dificultando a estratégia do governo Collor de reverter os princípios do SUS. O movimento sanitário acusou o presidente de implantar um modelo de descentralização tutelada (Cordeiro, 2001) e denunciou a ilegalidade das regras, uma vez que não encontravam suporte na legislação (Carvalho, 2001). Contudo, a despeito das críticas generalizadas entre a comunidade de especialistas da saúde, até 1993, 1.090 municípios entre 4.974 – 22% do total – aderiram à descentralização proposta pelo governo federal (Guimarães, 2001).

O processo decisório no governo Collor esteve fechado à participação dos reformadores progressistas e das autoridades locais de saúde (Carvalho, 2001). Mais do que isso, o ministério tentou evitar as manifestações da comunidade de especialistas do setor não convocando a 9ª Conferência Nacional de Saúde, programada para ocorrer durante o governo Collor. Esta somente ocorreu após a demissão do ministro Alceni Guerra, sob intensa pressão do movimento sanitário e dos políticos locais (Lucchese, 1996).¹²

GOVERNO ITAMAR FRANCO (1993-1994)

A comunidade de especialistas do setor e os políticos locais perceberam durante o governo Collor que o Executivo federal tinha recursos institucionais para excluí-los do processo decisório. Assim, no governo Itamar Franco, sua estratégia consistiu em estabelecer regras que aprofundassem a descentralização e institucionalizassem sua influência na formulação da política.

O presidente Itamar Franco nomeou Jamil Haddad para ministro da Saúde, o qual tinha vínculos com o movimento sanitário e com autoridades locais de saúde. Portanto, os reformadores progressistas voltaram a ocupar posições-chave no Ministério da Saúde e o processo de formulação foi aberto à participação do movimento sanitário. Representantes do Ministério da Saúde e autoridades da saúde dos estados e municípios foram chamados a

¹² A 9ª Conferência foi convocada pelo ministro Adib Jatene, no final do governo Collor.

integrar uma comissão especial, denominada Grupo Especial de Descentralização (GED), para formular uma nova NOB em substituição à do governo Collor. A representação dos municípios foi particularmente ativa nas reuniões do GED (Elias, 2001; Goulart, 2001).

O documento final dos trabalhos do GED expressa plenamente a avaliação da comunidade progressista da saúde em relação à estratégia do governo Collor: “Descentralização da Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”. O documento foi discutido por seis meses pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT)¹³ e tornou-se a Norma Operacional Básica 1993 (NOB 93).

A NOB 93 permitia que estados e municípios escolhessem as atividades de saúde que viriam a assumir, qualificando-se em uma entre três opções de habilitação ao SUS oferecidas pelo Ministério da Saúde: condição semiplena, condição parcial ou condição incipiente. Estas três opções correspondiam a uma escala de atividades e funções em grau crescente de complexidade, da provisão de serviços de atenção básica à contratação e pagamento da rede hospitalar. Estados e municípios podiam escolher qual nível de complexidade eram capazes de cumprir e deviam demonstrar sua capacidade para tal. As transferências federais seriam completas e automáticas apenas no nível mais complexo – o da condição semiplena –, no qual o município (ou estado) assumiria a responsabilidade sobre a totalidade do sistema local de saúde, incluindo a contratação e o pagamento da rede hospitalar privada. Nos níveis mais baixos de complexidade – condição parcial ou incipiente –, o governo local assumiria a responsabilidade sobre os serviços de atenção básica e o Ministério da Saúde continuava fazendo diretamente os pagamentos aos provedores públicos e privados de serviços mais complexos. Nesses casos, as transferências federais continuavam sendo feitas com base nos volumes de produção.

É revelada pela NOB 93 uma cuidadosa estratégia para contornar o poder de veto dos governos locais à implementação de políticas federais que pretendem transferir responsabilidades sobre a gestão de políticas públicas. Como os primeiros têm a prerrogativa de aderir ou não, a escolha entre três opções de enquadramento permitiria aos governos locais calcular os custos e benefícios associados a cada opção. Eles poderiam escolher aquela que melhor correspondesse às suas capacidades de gestão, bem como ao grau de

¹³ A CIT foi criada em julho de 1991. É composta por um número equivalente de representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) (Lucchese, 1996). Entretanto, a CIT nunca foi consultada no processo de formulação durante o governo Collor (Goulart, 2001).

responsabilização política que pretendiam assumir. Habilitar-se em uma condição de gestão era uma condição para receber as transferências federais. Portanto, embora houvesse a possibilidade da opção, havia um preço a ser pago pela não-adesão, na medida em que esta implicava não receber as transferências federais. Além disso, a vinculação das transferências plenas e automáticas exclusivamente para a opção que envolvia mais responsabilização local criava incentivos para que os governos locais a escolhessem.

A representação dos governos locais na formulação da NOB 93 conseguiu, ainda, institucionalizar sua participação na formulação das regras da descentralização. A NOB 93 estabeleceu que as decisões mais importantes relativas à implementação da descentralização deveriam ser discutidas com representações dos governos locais. No âmbito dos estados, as decisões deveriam ser tomadas por Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), compostas por um número equivalente de representantes do governo estadual e dos governos municipais. No nível federal, as decisões deveriam ser aprovadas pela CIT, composta por um número equivalente de delegados do governo federal, de representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e de representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Daí em diante, a participação de representantes dos governos locais na formulação das regras da descentralização foi institucionalizada (Carvalho, 2001).

A implementação da NOB 93 revelou-se, entretanto, muito difícil. Contra a crença generalizada de que a descentralização traria redução do gasto federal, as regras de descentralização baseada nos tipos de incentivos anteriormente apresentados, na verdade, causariam mais gastos. Além disso, elas requeriam agilidade no fluxo das transferências intergovernamentais (Carvalho, 2001).

Contudo, a partir de meados de 1993, o ministro da Previdência Social, Antônio Britto, simplesmente suspendeu a transferência de recursos das contribuições sociais para o Ministério da Saúde, com vistas a resolver os problemas de seu próprio ministério em relação à manutenção dos pagamentos previdenciários. Na medida em que a política de saúde não estava mais no âmbito de seu ministério, o ministro não tinha mais incentivos políticos para cumprir o compromisso de transferir 30% das receitas da seguridade social para um outro ministro (Weyland, 1996). Portanto, dali em diante, as receitas do Ministério da Saúde deveriam advir basicamente do Orçamento Geral.

O ministro da Saúde, Jamil Haddad, era politicamente fraco em relação aos ministros da Economia e do Planejamento (Goulart, 2001). Embora

o ‘rombo’ tenha sido aliviado através de um empréstimo junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) (Piola e Biasoto Jr., 2001), estes recursos não foram suficientes para cumprir os compromissos assumidos com estados e municípios (Lucchese, 1996; Levcovitz, Lima e Machado, 2001; Goulart, 2001). Ademais, a oposição burocrática dentro do Ministério da Saúde – principalmente de ex-funcionários do Inamps – retardou a descentralização, particularmente através de excessivas exigências administrativas e de auditoria para o cumprimento das transferências (Goulart, 2001).

Sendo assim, embora as regras da descentralização fossem atraentes para os governos locais, a incerteza em relação à capacidade do ministério para realizar as transferências federais tornava a opção pela descentralização uma decisão arriscada, porque resultaria em gastos adicionais com instalações de saúde e contratação de pessoal. Os governos locais corriam o risco de tornar-se publicamente responsáveis pela prestação de serviços de saúde, sem receber as transferências federais necessárias para realizá-las. Por consequência, até 1997, 3.127 municípios entre 4.973 – 63% do total – aderiram ao programa federal de descentralização. Apenas 144 deles aderiram ao nível de maior complexidade (Guimarães, 2001).

Ocorreu, ainda, grande variação entre os estados brasileiros quanto às taxas de adesão municipal à NOB 93. Políticas estaduais destinadas a reduzir os esforços dos municípios a fim de instalar as capacidades estatais necessárias para cumprir suas funções de saúde operaram como incentivos adicionais em favor da descentralização. As taxas de habilitação municipal ao SUS mostraram-se substancialmente mais elevadas naqueles estados em que foram implementadas políticas pró-descentralização do que naqueles em que estas não foram implementadas (Arretche, 2000).

GOVERNO FERNANDO HENRIQUE CARDOSO (1995-2003)

A escassez de recursos do Ministério da Saúde e a incerteza em relação à sua capacidade de cumprir seus compromissos com os governos locais permaneceram como parte da grande crise de financiamento do ministério até 1996 (Tabela 1), quando o primeiro ministro da Saúde do presidente Fernando Henrique Cardoso, Adib Jatene, conseguiu aprovar uma emenda constitucional criando uma nova fonte de receita para a política de saúde, a (então) Contribuição Provisória sobre as Movimentações Financeiras (CPMF).

A aprovação da emenda foi resultado de um esforço pessoal de Adib Jatene, que durante dois anos apoiou-se em ampla aliança suprapartidária no Congresso, juntamente com o movimento sanitário. De fato, Adib Jatene não

tinha apoio a seu projeto no interior da coalizão de governo. A orientação dominante, sustentada pelo ministro da Economia, Pedro Malan, recusava novos impostos bem como a vinculação de receitas tributárias. Imediatamente após a aprovação da emenda, as receitas do ministério elevaram-se substancialmente, mas, no ano seguinte, os ministros da Economia e do Planejamento conseguiram cortar os recursos do Ministério da Saúde no Orçamento Federal, de modo que a aprovação da CPMF permitiu apenas a substituição das fontes, isto é, a receita da CPMF substituiu as receitas orçamentárias anteriores (Tabela 1). Adib Jatene concluiu que seus esforços para conseguir mais recursos para a saúde foram inúteis e renunciou ao ministério.¹⁴

No governo FHC, uma nova NOB foi emitida: a NOB 96. O processo de formulação desta NOB envolveu quase um ano de debates, reunindo autoridades locais de saúde representadas através do Conass e Conasems, bem como diversos grupos de interesse representados no Conselho Nacional de Saúde. A regra consensual para tomada de decisões e a amplitude dos interesses representados nestas arenas decisórias explicam a extensão do processo de formulação da NOB 96 (Levcovitz, Lima e Machado, 2001). Ela também demonstra que as autoridades de saúde de âmbito estadual e municipal alcançaram seu objetivo de institucionalizar sua participação no processo decisório da política de saúde, uma vez que esta se tornou uma regra do jogo.

Entretanto, ao longo da formulação da NOB 96, os representantes do Conass e do Conasems encontraram mais dificuldades para fazer frente às propostas do que seria esperado. A fragilidade destes organismos junto ao Ministério da Saúde advém do fato de que dependem da infra-estrutura do ministério para seu próprio funcionamento. Técnicos, escritórios e recursos operacionais desses conselhos pertencem ao Ministério da Saúde.

Além disso, o ministério foi capaz de alterar regras da NOB 96 por meio da estratégia de tomar decisões de natureza administrativa unilateralmente. A NOB 96 foi publicada em novembro de 1996, ainda na gestão de Adib Jatene, mas sua implementação se iniciou quase um ano após, no começo de 1998. Entre 1997 e 1998, quando Carlos Albuquerque era o ministro da Saúde, o ministério emitiu uma série de normas administrativas que alteraram significativamente o conteúdo da NOB 96. A mesma estratégia foi empregada durante a implementação da NOB 96 pelo ministro José Serra (1998-2002) (Levcovitz, Lima e Machado, 2001). Na prática, o Ministério da Saúde passou por cima da

¹⁴ Desde 1998, as receitas da CPMF não são mais destinadas exclusivamente à política de saúde.

representação dos governos locais e da sociedade no processo decisório da política de saúde (Carvalho, 2001).

Portanto, ainda que as autoridades locais de saúde tenham alcançado a institucionalização de sua participação na formulação da política nacional de saúde, o fato de o Ministério da Saúde ser, simultaneamente, a principal arena decisória onde as decisões são tomadas e o ator cujos recursos são essenciais para as autoridades locais de saúde – inclusive para que estes produzam a sua posição sobre as decisões a serem tomadas – implica que o primeiro seja mais poderoso que os demais nesta arena decisória. Portanto, depende fortemente da vontade e da orientação do ministro da Saúde a extensão em que as demandas de estados e municípios serão incorporadas nas políticas federais.

Uma das mais importantes alterações feitas pelo Ministério da Saúde nas regras de descentralização consensuadas durante a formulação da NOB96 refere-se às transferências automáticas para estados e municípios. Estas foram fracionadas em diferentes tipos de programas.¹⁵ Isso significa que os governos locais devem cumprir as exigências da totalidade dos programas para receber a integralidade das transferências federais. Além disso, ocorreu uma significativa melhora e ampliação dos programas de controle e auditoria do Ministério da Saúde, o que significa que este ministério tem tido um maior controle sobre o desempenho de estados e municípios.

A NOB 96 manteve a estratégia de permitir que estados e municípios escolhessem o nível de responsabilidades em saúde que estavam interessados e qualificados para assumir. A principal diferença refere-se ao fato de que havia apenas duas opções: assumir a responsabilidade da totalidade dos serviços de atenção básica ou, alternativamente, ser responsável pelo sistema local de saúde, o que incluía contratar e pagar hospitais especializados e clínicas. As transferências tornavam-se automáticas assim que o município se qualificasse para uma das condições de gestão, mas os valores transferidos pelo Ministério da Saúde variavam de acordo com a complexidade das funções assumidas.

Em outras palavras, ainda que as garantias institucionais dos estados federativos permitam a não-adesão de estados e municípios aos programas federais, no caso da saúde haveria um preço a ser pago: não receber as transferências federais. Este preço era ainda mais elevado em 2000 do que no início da década de 1990,

¹⁵ A atenção básica à saúde foi dividida em dois tipos de transferências. Uma fixa e automática, cuja distribuição é feita segundo critérios populacionais, e outra variável, que está dividida em diversos programas diferentes: atenção preventiva, farmácia básica, programas nutricionais e programas sanitários.

porque ao longo deste período muitos governos locais já haviam assumido a responsabilidade pública por prestar serviços de saúde. No caso de não aderir à NOB 96, os governos locais teriam de arcar com os custos políticos e fiscais de deixar o SUS e, portanto, manter a oferta de serviços com seus próprios orçamentos. Por outro lado, a adesão à NOB 96 significava para os governos locais uma limitada autonomia para decidir sobre seus próprios programas de saúde.

A NOB 96 ainda apresenta um forte compromisso com programas sanitários e preventivos. Estados e municípios receberiam um montante adicional de transferências federais caso introduzissem alguns programas sanitários em seus sistemas locais de saúde. Contratar equipes médicas para exercer programas preventivos e de atendimento domiciliar permite aos governos locais ampliar o montante de transferências federais, cujo valor varia de acordo com o número de equipes médicas instaladas (Levcovitz, Lima e Machado, 2001). Estes programas – Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde – são detalhadamente regulamentados pelo Ministério da Saúde, de modo que os governos locais têm reduzida autonomia em sua implementação (Barros, 2001; Carvalho, 2001). Além disso, não adotá-los significa perder boa parte das transferências federais.

Até dezembro de 2000, 99% dos 5.507 municípios brasileiros haviam aderido à NOB 96.¹⁶ Sem dúvida, os efeitos cumulativos das políticas de descentralização implementadas ao longo da década de 1990 contribuíram decisivamente para este resultado, mas apenas as medidas tomadas nesta década não seriam suficientes para explicá-lo.

Os tipos de incentivos da NOB 96 também foram muito importantes. As novas regras acrescentavam recursos fiscais a 66% dos municípios brasileiros e eram fiscalmente neutras para 22% deles (Costa, Silva e Ribeiro, 1999). Na medida em que os municípios tinham a prerrogativa da não-adesão e calculavam os custos e benefícios de tornarem-se responsáveis por políticas públicas, pareceu uma troca vantajosa qualificar-se para atender às exigências do Ministério da Saúde em troca de ganhos fiscais adicionais.

Finalmente, o ministro José Serra era mais forte politicamente do que seus antecessores no comando do Ministério da Saúde, particularmente no que diz respeito ao permanente conflito com o ministro da Economia, Pedro Malan, cuja política de ajustamento fiscal implicava cortes de recursos para o ministério. Portanto, diferentemente dos ministros anteriores, José Serra foi capaz de tornar crível aos governos locais que os compromissos de transferências federais seriam efetivamente cumpridos.

Em resumo, os efeitos cumulativos do longo tempo de implementação das políticas de descentralização, os incentivos envolvidos nas regras da descentralização e a credibilidade dos compromissos do Ministério da Saúde com os governos locais explicam a total descentralização do sistema nacional de saúde em 2000, muito embora os governos locais tivessem autonomia para não aderir ao programa federal.

Conclusões

A política da reforma da saúde no Brasil pode ser dividida em duas fases. Na primeira, os reformadores setoriais foram capazes de constitucionalizar seus principais objetivos de reforma. Nessa fase, a principal arena de reforma foi o parlamento e foi nesse momento que, por meio de mandatos constitucionais, o modelo centralizado e de base contributiva do regime militar foi substituído por um modelo universal, gratuito e descentralizado.

Na fase de formulação, o legado das políticas prévias afetou o escopo da reforma. O regime militar viabilizou a expansão dos provedores privados de serviços especializados de saúde, via demanda garantida para seus produtos. Em consequência, as associações dos provedores privados foram de grande importância no desenho dos princípios do SUS, ao interditar qualquer mudança que viesse a retirá-los de sua posição privilegiada dentro do sistema público de seguro de saúde durante os trabalhos da Constituinte. Além disso, a avaliação tanto do desempenho quanto dos mecanismos decisórios do modelo do regime militar condicionaram os objetivos e as estratégias dos atores interessados nas reformas.

A Constituição de 1988 ofereceu uma oportunidade política para que o movimento sanitário constitucionalizasse seus objetivos de reforma. O sucesso da estratégia de constitucionalização elevou os custos políticos de reversão da reforma, já que esta última levaria à aprovação de uma emenda constitucional. Ao atribuir ao Ministério da Saúde as funções de financiamento e coordenação das relações intergovernamentais, a Lei Orgânica da Saúde, por sua vez, tornou

¹⁶ A única exceção importante era a cidade de São Paulo, cujo prefeito Paulo Maluf pretendia concorrer para presidente. Ele desenvolveu um programa de saúde alternativo, baseado em cooperativas médicas, com o qual contava como uma peça de sua campanha presidencial. São Paulo aderiu ao SUS após a eleição de Marta Suplicy e da escolha de Eduardo Jorge, um sanitarista histórico, como secretário de Saúde.

este último, simultaneamente, a mais importante arena decisória dessa política e o ator mais poderoso dessa mesma arena.

A segunda fase da reforma consistiu na implementação, que envolveu tanto a definição das regras de operação do novo sistema quanto das regras que regeriam o processo decisório na política de saúde. Esta fase foi norteadada pelo legado das políticas prévias e também pelas novas regras do sistema federativo brasileiro.

O modelo prévio influenciou fortemente a implementação da reforma, pois a centralização produziu virtual ausência de capacidades estatais nos municípios – isto é, burocracias tecnicamente capacitadas, estabelecimentos de saúde e órgãos para a gestão dos serviços –, necessárias à transferência de responsabilidades. Adicionalmente, o modelo centralizado concentrou capacidades estatais na instância federal, capacitando-a a ser o ator mais poderoso nas arenas decisórias de formulação e implementação da reforma. Por outro lado, o poder de veto de estados e municípios na implementação da reforma – característico de estados federativos – opera como um mecanismo de contrapeso à supremacia do Ministério da Saúde nessa arena decisória. A autonomia política e a descentralização fiscal, acompanhadas da ausência de competências exclusivas na área da saúde, conferem poder de veto a estados e municípios, na medida em que estes podem simplesmente não aderir aos programas federais.

Nestas circunstâncias, estados e municípios avaliam os custos e benefícios de tornarem-se responsáveis pela execução de uma dada política, o que sugere que o sucesso da descentralização depende do conteúdo das regras dos programas federais e da capacidade do Ministério da Saúde em tornar críveis os compromissos assumidos com os governos locais. Quanto mais custos uma política impõe aos governos locais, menor tende a ser o sucesso da política da descentralização. Inversamente, quanto mais benefícios esta última impõe, maiores suas chances de obter a adesão de governadores e prefeitos e, por consequência, maior tende a ser o escopo da descentralização.

O processo de formulação das regras que regeriam o processo de reforma envolveu duas dimensões independentes: as regras do próprio processo de descentralização e as regras decisórias. As primeiras envolveram uma cuidadosa estratégia para contornar a capacidade de veto de estados e municípios e compreendeu a possibilidade de escolha por diferentes opções de habilitação, nas NOBs 93 e 96. Já nas segundas, atores favoráveis à maior autonomia de estados e municípios buscaram estabelecer regras decisórias que institucionalizaram a participação dos governos locais nas arenas decisórias. Entretanto, dada a supremacia relativa do Ministério da Saúde nesta arena setorial, ele conta com recursos para implementar decisões de modo unilateral.

Referências bibliográficas

- ARRETCHE, M. T. S. *Estado Federativo e Políticas Sociais. determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro: Revan, 2000.
- BAHIA, L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: NEGRI, B. & GIOVANNI, G. di. (Orgs.) *Radiografia da Saúde*. Campinas: Instituto de Economia, 2001.
- BARROS, E. Implementação do SUS: recentralizar será o caminho? *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 2001.
- CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 2001.
- CORDEIRO, H. Descentralização, Universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 2001.
- COSTA, N. R.; SILVA, P. L. B. & RIBEIRO, J. M., 1999. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, 50(3): 33-56, 1999.
- COSTA, N. R. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: NEGRI, B. & GIOVANNI, G. di. (Orgs.) *Radiografia da Saúde*. Campinas: Instituto de Economia, 2001.
- DRAIBE, S. M.; CASTRO, M. H. G. & AZEREDO, B. *O sistema de proteção social brasileiro*. Relatório de pesquisa. Projeto: Social Policies for the Urban Poor in Southern Latin America, patrocinado pela Universidade de Notre Dame, 1991.
- DRAIBE, S. M. As políticas sociais do regime militar brasileiro. In: SOARES, G. A. D. & ARAÚJO, M. C. D. (Orgs.). *25 Anos de Regime Militar*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1994.
- ELIAS, P. E. Afinal, de que descentralização falamos? *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 2001.
- EVANS, P. B.; RUESCHEMEYER, D. & SKOCPOL, T. *Bringing the State Back in*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
- FAGNANI, E. Política social e pactos conservadores no Brasil: 1964-92. *Cadernos Fundap*, 21: 59-102, 1996.
- FURTADO, A. T. & SOUZA, J. H. Evolução do setor de insumos e equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos no Brasil: a década de 90. In: NEGRI, B. & GIOVANNI, G. di. (Orgs.) *Radiografia da Saúde*. Campinas: Instituto de Economia, 2001.
- GERSCHMAN, S. & BORGES, A. O SUS como desdobramento das políticas de saúde do século XX: uma leitura baseada no neoinstitucionalismo histórico. In: IV ENCONTRO NACIONAL DA ABCP, 7, 2004, Rio de Janeiro.
- GOULART, F. A. A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... considerações sobre o processo de formulação das NOBs. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 2001.

- GUIMARÃES, L. *Arquitetura da cooperação intergovernamental: os consórcios de saúde de Mato Grosso*, 2001. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.
- HALL, P. Policy paradigms, social learning, and the state: the case of economic policymaking in Britain. *Comparative Politics*, April: 275-96, 1993.
- HÉRITIER, A. *Policy-making and Diversity in Europe*. Cambridge: Cambridge University Press: 1999.
- IMMERGUTT, E. M. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 30(11): 139-63, 1996.
- JOBERT, B. & MULLER, P. *L'Etat en Action*. Paris: PUF, 1987.
- KAUFMANN, R. & NELSON, J. (Eds.) *Crucial Needs, Weak Incentives*. Washington/Baltimore/London: Woodrow Wilson Center/John Hopkins University Press, 2004.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. & MACHADO, C., 2001. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 2001.
- LUCCHESI, P. Descentralização do financiamento e da gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, 14: 75-156, 1996.
- MEDICI, A. *El Desafío de la Descentralización: financiamiento público de la salud en Brasil*. Washington: BID, 2002.
- MENICUCCI, T. M. G. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil. In: IV ENCONTRO NACIONAL DA ABCP, 7, 2004, Rio de Janeiro.
- MOE, T. M. The politics of bureaucratic structure. In: CHUBB, J. E. & PETERSON, P. E. (Eds.) *Can the Government Govern?* Washington D. C.: The Brookings Institution, 1989.
- MULLER, P. *Les Politiques Publiques*. Paris: PUF, 1990.
- NEPP. *Relatório sobre a situação social do país*. Campinas: Unicamp, 1989.
- PIOLA, S. F. & BIASOTO JR., G. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, B. & GIOVANNI, G. di. (Orgs.) *Radiografia da Saúde*. Campinas: Instituto de Economia, 2001.
- QUEIROZ, S. & VELAZQUEZ, A. G. Mudanças recentes na estrutura produtiva da indústria farmacêutica. In: NEGRI, B. & GIOVANNI, G. di. (Orgs.) *Radiografia da Saúde*. Campinas: Instituto de Economia, 2001.
- SKOCPOL, T. *Protecting Soldiers and Mothers*. Cambridge: Harvard University Press, 1992.
- TSEBELIS, G. *Nested Games*. California: University of California, 1990.
- VIANNA, M. L. T. W. *A Americanização (Perversa) da Seguridade Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1998.
- WEIR, M.; ORLOFF, A. S. & SKOCPOL, T. (Eds.). *The Politics of Social Policy in the United States*. Princeton: Princeton University Press, 1988.
- WEYLAND, K. *Democracy without Equity*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1996.

10. DESCENTRALIZAÇÃO E DESIGUALDADES REGIONAIS EM TEMPOS DE HEGEMONIA LIBERAL

Silvia Gerschman
Ana Luiza D'Ávila Viana

O objeto deste trabalho é a avaliação do processo de descentralização que tem se operado no Brasil a partir da definição e das disposições estabelecidas pela Constituição de 1988. Inicialmente, o resgate dos antecedentes político-institucionais dos sistemas de saúde no Brasil sugere que as políticas predominantes no processo de institucionalização da saúde pública no país explicam, em grande parte, os resultados encontrados na avaliação da descentralização pós-reforma constitucional.

A avaliação da descentralização foi realizada em pesquisa original, para a qual foram selecionados dez estados nas cinco regiões do país e considerados todos os municípios de cada um destes, tendo por anos-base 1999 e 2003. Considera-se que, após 11 anos de vigência da Constituição, seria possível avaliar as transformações na política de descentralização, comparando e correlacionando os valores observados. As variáveis traçadoras foram a oferta de procedimentos ambulatoriais, os procedimentos hospitalares, a rede ambulatorial e a rede hospitalar, juntamente com as transferências de recursos SUS para estados e municípios, comparando seu comportamento nos dois anos referidos.

O artigo consta de três partes e uma conclusão. Na primeira parte, são resgatados os antecedentes históricos, políticos e institucionais do sistema de saúde e da concepção de descentralização embutida nas diversas conjunturas políticas. Complementarmente, foi realizado um estudo do processo de formulação da descentralização recuperando os documentos centrais, inclusive a própria Constituição, em que se define o sistema de saúde brasileiro.

Na segunda parte, procura-se conhecer, através da observação do comportamento das variáveis referidas, se efetivamente se observam transformações no padrão de desigualdades na oferta de serviços, na adequação da rede e nas transferências financeiras de saúde para os estados e municípios selecionados, ou se as transferências de recursos financeiros da União apenas reforçam o padrão de desigualdades de serviços e rede de saúde entre estados e municípios preexistentes à reforma constitucional.

Na terceira parte, considera-se que a disponibilidade de recursos financeiros – recursos próprios ou receita total *per capita* – é uma variável chave para explicar a variação na oferta de serviços de saúde no território nacional. Completa-se, assim, a avaliação do processo de descentralização, realizado na primeira parte da pesquisa, relacionando-se a inexpressiva participação das receitas do Tesouro no financiamento do gasto público federal em saúde (1,9% do PIB) com o papel indutor que as transferências financeiras destinadas aos serviços de saúde tiveram na reprodução das desigualdades observadas entre estados e municípios.

Antecedentes históricos, políticos e institucionais do sistema de saúde no Brasil

A descentralização constituiu um conceito substantivo no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, seja como projeto político consagrado na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, em 1986, seja como definição do modelo organizativo que o sistema de saúde ia mais tarde implementar, uma vez incorporado na Constituição Nacional de 1988.

A idéia de descentralização apareceu cedo, já na 3ª Conferência Nacional de Saúde de 1963, cujo presidente foi Wilson Fadul, ministro da Saúde do presidente João Goulart. Nesta conferência, foi proposta a municipalização da assistência à saúde, baseada na idéia de que um país da dimensão continental do Brasil somente poderia se valer para o crescimento econômico de uma população saudável e, conseqüentemente, bem-atendida nas suas necessidades de saúde se em cada estado e em cada canto do país existissem serviços essenciais para os cuidados da saúde. O próprio Governo Federal deveria incentivar a criação de sistemas de saúde municipais.

Já no contexto político da década de 1980, as questões e preocupações eram outras e passavam prioritariamente pela democratização – as liberdades civis e políticas – no país. O processo fortemente centralizador operado pelo governo militar, em todas as esferas da política, foi visto, na época, como obstáculo para o desenvolvimento de políticas em qualquer âmbito de realização das mesmas.

A definição de programas e serviços de saúde adequados às realidades epidemiológicas e de morbidade das populações locais e a participação da sociedade no acompanhamento e controle das políticas implementadas foram propostas centrais levantadas pelo movimento sanitário: a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), entidades médicas, lideranças advindas dos profissionais da saúde, movimentos populares em saúde, partidos políticos de esquerda, professores e estudantes universitário – todos estes foram atores políticos relevantes de oposição à ditadura e ao sistema de saúde existente.

A proposta da descentralização institucional como desconcentração efetiva de poder político (Luz, 1994) outorgaria um *status* democrático aos serviços de assistência à saúde. Além de se considerar a saúde como direito de cidadania universal, entendia-se que sua efetiva realização levaria ao fato de que os próprios cidadãos passariam a exercer o controle social, a participação efetiva na direção dos serviços de saúde e a implementação das ações de saúde.

Estes atores com inserções diversas no campo e nas instituições de saúde produziram um discurso político gerador de identidade entre a idéia de Reforma Sanitária e a idéia de democracia estabelecendo, entre estas, um caminho de mão dupla: os avanços no processo de transição conduziriam à democracia, assim como ao aprofundamento do processo da Reforma Sanitária, e vice-versa. De maneira que um se espelhava no outro. Nesse sentido, a descentralização passaria a ser uma ferramenta central de deslocamento do poder político e decisório, como um território virgem a ser conquistado pelo exercício da cidadania em saúde e um novo espaço mais facilmente permeável à participação e ao controle social dos cidadãos.

Paralelamente, a conjuntura política de ajuste macroeconômico não era a mais apropriada para a expansão e realização de uma proposta deste teor. A idéia da Reforma Sanitária e seus princípios cresceram e se desenvolveram, no Brasil, na contramão da conjuntura histórico-política internacional e, particularmente, latino-americana.

As políticas de saúde na América Latina atualmente refletem bem o ideário do ajuste macroeconômico. O Brasil aparentemente optou por um caminho distinto. Na perspectiva das idéias como motores da história, vivemos aqui os embates entre o ideário do ajuste macroeconômico e o ideário do SUS, dois extremos aparentemente inconciliáveis. (Gerschman e Borges, 2004: 19)

Mas não apenas é necessário observar que as idéias e a formulação da Reforma Sanitária se situavam fora das trajetórias políticas e institucionais pelas quais o país tinha atravessado desde o surgimento da saúde pública como campo de atuação governamental. A origem das instituições da assistência à saúde se localizava nas Santas Casas, onde as instituições religiosas preenchiam esta função filantrópica que se mantém até os dias de hoje. Estas agem sob modalidades contratuais que facilitavam o subsidiamento estatal das instituições filantrópicas e sob outras modalidades de assistência e atenção médica, bastante próximas do exercício privado.

O parque hospitalar filantrópico teve um crescimento desmedido ao longo do século XX, até se tornar o maior provedor de serviços hospitalares contratados pelo setor estatal na década de 1990. Isso fez com que as instituições filantrópicas adquirissem força política e se tornassem, através da sua Confederação, um poderoso grupo de interesse do setor da saúde.

De outra parte, a medicina previdenciária teve sua origem nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, que se organizaram por setores de produção e ofereciam coberturas variadas para a atenção à saúde dos seus associados na década de 1920. Eles foram ampliados no governo Vargas, dando origem a um sistema previdenciário de caráter corporativo e tutelado pelo Estado. O sistema é financiado pelas contribuições dos trabalhadores, dos empregadores e do Estado, oferecendo cobertura apenas para seus trabalhadores. Estes foram a base de apoio do governo e, ao mesmo tempo, vieram a legitimar a atuação dos sindicatos varguistas.

Na década de 1960, a medicina previdenciária continuou se expandindo para novas categorias ocupacionais e a assistência médica passou a ser oferecida pelo setor filantrópico e privado fortemente subsidiado e favorecido abertamente pelo Estado sob o regime militar. Em 1966, com a unificação dos institutos no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), se operaram mudanças importantes, quando os recursos da saúde da previdência superaram os do Ministério da Saúde.

Enquanto o Ministério da Previdência e Assistência Social/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (MPA/Inamps) se torna uma instituição de governo extremamente poderosa e com enormes recursos financeiros – transformando-se numa grande repassadora de recursos para o setor privado conveniado e uma forte investidora em obras públicas, financiando grandes empreiteiras do setor de construção civil e especialmente de obras de infra-estrutura –, o Ministério da Saúde, de existência recente para a época (tinha sido criado em julho de 1953), concentrava as funções específicas de saúde pública (ver artigo de Lima, Fonseca e Hochman neste livro).

Com a criação do Inamps, em 1974, o regime militar efetuou uma reforma importante do sistema de saúde, pela qual sacramentou a divisão entre medicina preventiva *versus* assistência curativa individual, que de fato já tinha acontecido quando da unificação no INPS. Mas este momento é significativo, na medida em que consolidava a diferenciação de funções de cada um destes órgãos. Reservou para o Ministério da Saúde as funções de saúde pública e os serviços de assistência médica hospitalar e ambulatorial para os pobres, sem emprego fixo, sem carteira de trabalho e, conseqüentemente, sem o *status* de cidadãos (Santos, 1978). Gerou-se, assim, um duplo sistema de saúde profundamente estratificado: uma medicina para trabalhadores inseridos no mercado formal e um sistema para indigentes ou trabalhadores sem condição regular.

Por último, a atenção médica privada através de planos e seguros de saúde foi crescendo paulatinamente no Brasil desde a década de 1950. Diversos dados e autores confirmam este fato, como demonstrado por Borges e Gerschman (2004). Segundo as autoras, dados da Agência Nacional de Saúde demonstram o crescimento sistemático destes planos, hoje superiores a 37 milhões de beneficiários.

Outros autores mostram que, segundo dados do IBGE, do total de beneficiários de planos há 7,2% de beneficiários na faixa de renda de até um salário mínimo; 31,2% na faixa de um a três salários mínimos; 63,1% de três a nove salários mínimos; e 83,2% de beneficiários com renda superior a nove salários mínimos (Kilstajn et al., 2002). Assim como diversos trabalhos (Medici, 2002; Biasotto, 2003) trazem a público dados do Banco Mundial e de outros organismos que corroboram a hipótese de crescimento dos segmentos da saúde suplementar.

As várias modalidades de atenção à saúde relacionadas anteriormente conformam, de fato, um sistema de saúde fortemente consolidado no país, formado por instituições diferenciadas públicas e privadas, com políticas específicas e clientela socialmente hierarquizadas.

Realmente, essa breve retrospectiva da atenção à saúde apresenta conjunturas políticas críticas, nas quais a presença de determinados atores, grupos de interesse e relações de força resultantes definem as opções políticas e institucionais que marcam a *constituency* da área e a trajetória do setor da saúde, a legitimação dos atores e a definição de arranjos institucionais. As opções assumidas nesses momentos-chave limitam opções posteriores (Piereson e Skokpol, 2004). Estas opções estabeleceram modalidades de relacionamento entre o setor público da saúde e o setor privado de baixa nitidez, nas quais os limites entre um e outro se tornam difusos e, por vezes, próximos de um convívio promíscuo.

Nesse contexto histórico-institucional e ao calor da conjuntura política da transição à democracia e da mobilização da sociedade, se desenvolveu a proposta da Reforma Sanitária brasileira. E, com ela, a política de descentralização que possibilitaria a reforma e reorganização do sistema de saúde brasileiro ‘sobre novas bases’.

Aqui será considerada a descentralização como um aspecto-chave na compreensão da proposta política de reforma do sistema de saúde, através do processo de formulação nas arenas políticas decisórias do setor: as Conferências Nacionais de Saúde, principalmente a oitava e a nona, convocadas pelos ministros da Saúde em 1986 e 1992, e a Assembléia Nacional Constituinte de 1988, que redige a Constituição Nacional.

Em cada um destes eventos históricos, serão tratados os posicionamentos de atores e grupos de interesse que, sob diferentes perspectivas e motivações, desempenharam um papel relevante na concepção e na formulação política da descentralização no processo da Reforma Sanitária brasileira. Como Immergut (1998: 25) afirma, referindo-se aos estudos de corte institucionalista que procuram capturar trajetórias históricas, “mais importante que qualquer achado particular deste tipo de estudos é o ponto de vista das relações entre atores e as estruturas que estes atores invocam”.

A 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

As Conferências Nacionais de Saúde foram sancionadas pelo governo Getúlio Vargas e seu ministro da Saúde, Gustavo Capanema, e ficaram instituídas pela Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937, “destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à saúde em todo o país e orientá-lo na execução dos serviços locais de saúde, bem como na comissão de auxílio e da subvenção federais”. No parágrafo único, consta que serão convocadas pelo presidente da República a cada dois anos e tomarão parte delas autoridades administrativas que representem o Ministério de Saúde e os governos dos estados, Distrito Federal e território do Acre.

A primeira Conferência Nacional de Saúde é convocada em novembro de 1941, quatro anos depois de sancionada a Lei, pelo ainda ministro Gustavo Capanema (Hochman e Fonseca, 2000).¹ Delegações representativas dos governos dos estados do país são convocadas a participar da conferência. A referência à convocatória da mesma é bastante vaga: refere-se o ministro a ‘perscrutar’ a situação de saúde do país e definir os rumos e os meios que temos que escolher e utilizar.

A partir da 3ª Conferência, convocada pelo ministro de Saúde do presidente João Goulart, estas passam a se constituir um espaço de discussão e participação societária e, também, governamental das políticas de saúde brasileiras que envolveram diversos setores da sociedade, embora fossem convocadas pelo Estado.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde – convocada em 1986 no governo do presidente Sarney pelo seu ministro da Saúde, Roberto Santos, e cujo tema central foi “Saúde e Constituinte” – solicitou a participação das organizações da sociedade civil de todo o país com delegados eleitos. Teve representantes da Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT), da Central Única dos Trabalhadores (CUT), da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag), de associações de profissionais da saúde, do movimento popular em saúde, do Cebes, da Abrasco e do movimento sanitário. É necessário lembrar que, neste momento, o movimento sanitário ainda ocupava cargos de direção das instituições públicas de saúde e usufruía de

¹ Para consultar sobre o tema da 1ª Conferência Nacional de Saúde, ver Hochman e Fonseca (2000).

uma força política considerável e importante prestígio resultante do papel desempenhado no processo de transição à democracia (Gerschman, 2004).

Nos Anais da 8ª Conferência (Brasil, 1987), é possível observar, no que se refere à concepção da descentralização na política de reforma do sistema de saúde, as seguintes afirmações do ministro de Saúde:

Algumas expressões foram citadas, com justificada insistência, na mobilização popular para a derrubada do regime anterior, e passaram aos documentos dos técnicos que contribuíram para as bases da Nova República. Uma delas foi a palavra “descentralização”, como remédio para a abusiva e sempre crescente concentração de poder político, econômico e administrativo exercida àqueles tempos pelo governo federal. (...) Poder-se-á falar com firmeza em descentralização e em municipalização dos serviços de saúde, trazendo indiscutíveis benefícios à generalidade dos cidadãos. (Brasil, 1987: 18)

No discurso do ministro de Estado da Previdência e Assistência Social, Rafael de Almeida Magalhães, ele afirma:

A constatação do peso da assistência médica previdenciária nos compromete com os objetivos de universalização e equidade quanto à oferta e acesso aos serviços de saúde. Os caminhos para atingirmos esses objetivos fundamentais passam pela descentralização e melhoria da rede própria de serviços, além do relacionamento mais fecundo e produtivo com a rede contratada. (...) Quanto à tão debatida descentralização, minha posição é de que precisamos encontrar logo instrumentos concretos para efetivá-la. Estou convencido, também, de que o caminho é o da municipalização da prestação de serviços de saúde. (Brasil, 1987: 21)

Alcançar o ponto de vista que permita estabelecer relações entre os atores e as estruturas que os informam não é simples. Uma das questões ausentes destes discursos é a descentralização como transferências de poder político efetivo para a sociedade organizada. Ou seja, não há menção à participação nem ao controle social da comunidade nas esferas descentralizadas. A idéia de descentralização, no caso, parece se aproximar bastante à versão de reforma dos aparelhos de Estado, onde a descentralização é considerada como estratégia básica da modernização da estrutura organizacional, dos métodos de gestão e um instrumento para melhorar a capacidade financeira e funcional do Estado (Misoczky, 2002).

Veja a opinião apresentada na conferência pelo então presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Sérgio Arouca:

A profunda Reforma Sanitária no país deve supor uma reformulação no sistema de saúde, baseada na inserção, na Constituição, de que a saúde é um direito do brasileiro e um dever do estado. Mas que Estado? O Estado como povo, como território, como nação – que cabe garantir o direito à saúde do seu povo. (...) A Reforma Sanitária deve ser ampla. Não pode ser confundida com reforma administrativa. A Reforma Sanitária pressupõe a criação (...) de um grande fundo nacional de saúde, promover uma política de distribuição desses recursos mais justa e igualitária, alcançando assim, a universalização. (Brasil, 1987: 41)

A conferência de Arouca levantou a platéia. Ela foi mais moderada no conteúdo do que outros discursos de militantes do movimento sanitário. Ainda que o papel de condução de Arouca na 8ª Conferência tenha sido indiscutível, o seu discurso expressou uma posição mais mediadora de manter a ocupação de espaços nos interstícios de governo, que não podiam ser abandonados nesse momento, e levantar as bandeiras das forças populares alinhadas ao movimento sanitário.

Outros discursos de militantes – os quais, como Arouca, tiveram um papel de direção do movimento sanitário – enunciaram na conferência posições mais radicais. Dentre estes, dois merecem destaque. Jair Nilson Paim, professor e acadêmico universitário, disse que “respeitar o direito à saúde significa mudanças na organização econômica determinante das condições de vida e trabalho insalubres e na estrutura jurídico-política perpetradora de desigualdades na distribuição de bens e serviços” (Brasil, 1987: 46-47). E Sonia Maria Fleury Teixeira, na época vice-presidente da Abrasco, se manifestou da seguinte maneira: “Torna-se necessário alterar o próprio aparelho estatal conformado no autoritarismo, para que ele possa vir a ser permeável ao controle da sociedade. (...) o dever do Estado na garantia dos direitos sociais vai implicar necessariamente no rompimento desta política social restritiva em direção à universalização da cidadania” (Brasil, 1987: 110).

Nos depoimentos dos representantes que levantavam as propostas históricas do movimento sanitário não aparece o termo ‘descentralização’ de forma explícita, nem parece ser este um objetivo a ser almejado. A não ser sob a forma subsumida ou incorporada à democracia participativa. Ou seja, como procedimento político que possibilitaria aproximar a democracia à

construção do poder local ou controle social, a ser exercido pela participação da sociedade na deliberação da política de saúde.

O tema da descentralização, objeto deste trabalho, aparece notadamente nos discursos das autoridades de governo e nas figuras do movimento sanitário que ocupam cargos de governo, ainda que de maneira bastante diferenciada dos discursos dos ministros reproduzidos anteriormente. Como se observa nas seguintes declarações:

Creio que a construção de um sistema unificado e a aplicação de uma Reforma Sanitária devem ter um forte conteúdo de descentralização, de democratização e participação de todos os segmentos da população (...) construir múltiplos sistemas unificados de saúde com base estadual e regional, sob a orientação de um órgão ou de órgãos centrais que sejam formuladores e avaliadores de uma política de (...) reversão desse modelo concentracionista, desse modelo perverso e desigual. (Hésio Cordeiro, presidente do Inamps – Brasil, 1987: 146)

(...) o Sistema Unificado de Saúde (...) deve ter suporte financeiro estável, com recursos predominantemente provenientes de impostos e integrados em um fundo único por cada nível de governo; (...) deve estruturar-se com base nos conceitos de descentralização, regionalização e hierarquização – só centralizar o que realmente não for possível descentralizar; (...) deve estabelecer mecanismo de participação da população organizada. (José Hermógenes de Souza, secretário geral do Ministério da Saúde – Brasil, 1987: 143)

Em São Paulo não existia um plano de carreira para os profissionais de saúde – um salário bem abaixo do restante do mercado e nenhuma perspectiva de progresso na estruturada Secretaria de Saúde (...) fundamentalmente, com a descentralização (...) ao nível dos principais órgãos em que esses profissionais atuam no serviço público, chegou a um entendimento em que (...) ganhavam as duas partes, mas a principal beneficiária deste processo foi a população que viu atendida uma de suas mais importantes reivindicações. (João Yunes, secretário de Saúde do Estado de São Paulo – Brasil, 1987: 137)

Os discursos dos gestores do movimento sanitário referem-se à descentralização associada à democratização do Estado. Poderia se tratar de uma política que aproximaria através da participação social às comunidades locais, democratizando as ações de governo e construindo um poder democrático da saúde na ordem municipal.

Diferentemente, os gestores de governo referem-se à descentralização como uma desconcentração de funções, observando-se assim, nos discursos do ministro da Saúde e do ministro da Previdência, a importância dada ao termo descentralização, considerando apenas a forte concentração de ‘poder político, econômico e administrativo’ exercida pela ordem autoritária.

Estes depoimentos, bem diferenciados em termos do embate entre os discursos de mudanças no setor da saúde *versus* os discursos da Reforma Sanitária, ainda que reflitam identidades políticas próprias no processo político, agiram de forma conjunta, ficando de fora, apenas, o setor privado da saúde.

O que interessa apontar é que a 8ª Conferência expressou o crescimento, a ascensão e o cume do movimento sanitário como força política hegemônica da saúde, situação que ofuscou temporariamente, devido à conjuntura política que o país estava atravessando, a transição para a democracia, a existência de grupos de interesse que historicamente alcançaram um alto grau de vocalização de demandas e um poder efetivo na conformação do setor da saúde. Decisões políticas emergem de combinações altamente complexas de fatores que incluem modalidades sistêmicas próprias de regimes políticos e acidentes da luta pelo poder (Immergut, 1998).

Nesse sentido, equilíbrios político-institucionais são difíceis de perder, considerando que a atuação política supõe uma reconfiguração tanto de atores e grupos de interesse (e o poder que estes são capazes de alcançar), como das arenas político-institucionais, nas quais se dirime a luta política. O setor privado da saúde, seja privado filantrópico ou apenas privado com suas diversas modalidades – hospitalar, medicina de grupo e planos e seguros –, viveu uma letargia política transitória e voltou a se reconstituir sob a forma de grupos de interesse e *lobbies* que agiram de forma continuada nas esferas institucionais estatais e no legislativo através de bancadas próprias que exerciam o papel de grupos de pressão no interior do setor.

Tratou-se apenas do esvaecimento temporário das diferenças de interesses dos atores políticos do setor da saúde, que se tornam nítidas no embate da definição do texto constitucional e uma vez que a transição à democracia estivesse completada, na posterior implementação da reforma. Sob um olhar debruçado no exercício da descentralização da política de saúde no presente, vêm à tona significados diversos para diferentes interesses que apareciam semelhantes na efervescência política da transição e construção da democracia.

A CONSTITUIÇÃO NACIONAL DE 1988

A Constituição Nacional deu prosseguimento à 8ª Conferência Nacional de Saúde, que envolveu forças sociais excluídas do cenário político nacional, as quais se rearticularam nos partidos políticos e movimentos sociais (dentre elas, o movimento social em saúde teve um papel protagônico). A Constituição Nacional, no que se refere ao capítulo da saúde, expressa um pacto político entre atores que, nessa conjuntura em que o país atravessa (final da década de 1980), se mancomunam no projeto da Reforma Sanitária.

Houve, na conjuntura política do final da década de 1980 e primeira metade da de 1990, um acerto não-explicito que definiu os termos do texto constitucional. Assim, no embate de interesses e forças políticas que o representa, o setor privado da saúde consegue incorporar no texto constitucional que o SUS estará formado pelo setor público da saúde e pelo setor privado, cujas instituições (hospitais, clínicas, ambulatorios, laboratórios etc) estarão juridicamente integradas ao SUS através de contratos de caráter público. Esta cláusula não faz mais do que legitimar o setor privado ao interior do sistema público de saúde, situação que se observa na *constituency* e na trajetória histórica do sistema de saúde no país. Assim, o que no passado se expressava como um convívio ‘promíscuo’ onde, por vezes, se tornava difícil distinguir o que é público do privado, agora é juridicamente separado ou que não significa que as práticas se correspondam com a legislação sobre elas.

No que se refere à descentralização, a Constituição de 1988 define o papel da União, dos estados e municípios no sistema de saúde, que passa a ter como eixo a descentralização na formulação e implementação da política de saúde, dos recursos financeiros e, fundamentalmente, dos serviços e ações de saúde nos estados e municípios. No capítulo da “Ordem Social”, Seção II Da Saúde, os artigos 196, 197 e 198 definem respectivamente que saúde é direito de todos e dever do Estado; que as ações e os serviços de saúde são de relevância pública e que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único descentralizado, com atendimento integral e participação da comunidade. Consta em um parágrafo único que, de acordo com o artigo 195, o SUS será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.

Define-se, assim, que todas as unidades da Federação entram na execução e formulação da política de saúde. Isso de fato supõe uma pactuação permanente porque envolve conselhos nos quais a população deverá participar de maneira continuada. Todos os entes federativos participam dessa política de forma articulada, cada um no seu nível, sendo que em todos os níveis se prevê a participação da comunidade. Politicamente, a Constituição abre caminho para um modelo pactuado que exigiria um acompanhamento e uma avaliação permanentes dos entes da Federação, de maneira a garantir o funcionamento das regras constitucionais no que se refere às funções de cada um dos níveis do sistema: União, estados e municípios.

Considerando que algumas atribuições são somente da União e outras correspondem a estados e municípios, para que os pactos políticos entre esferas governamentais melhor funcionem devem existir vontades convergentes. Porém, isso é muito difícil de acontecer ao se levar em conta a política fiscal em vigência (Gerschman, 2001). Um sistema que implemente a política de saúde e que envolve, para isso, os três entes federativos e a sociedade, apenas poderia acontecer sob um acerto institucional renovado de forma continuada, o que se torna quase inviável considerando a diversidade de interesses em jogo.

Em cada conjuntura política de mudanças do quadro político partidário resultante de eleições nas três esferas de governo, algumas definições da política da Reforma Sanitária e de descentralização foram permanecendo, ao passo que outras iam desaparecendo. Na operacionalização do sistema de saúde, a esfera estadual foi perdendo as funções a ela atribuídas pela Constituição Nacional e a esfera municipal ganhou relevo e visibilidade.

A 9ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

A 9ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em agosto de 1992, no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso e presidida pelo ministro da Saúde Adib Jatene. Esta foi menos concorrida do que a oitava (onde foram estimados cinco mil participantes), mas foi também muito extensa, contando com 2.500 participantes. O tema central da conferência foi “Municipalizar é o Caminho” e, como se observa pela escolha do título, a discussão da descentralização ocupou as discussões e reflexões com as quais

o movimento sanitário, os órgãos do Estado e as organizações sociais (através das suas delegações) se debruçaram para a orientação e o direcionamento que a implementação da Reforma Sanitária deveria transitar.

Os temas específicos que abriram os debates foram: a) sociedade, saúde e governo; b) seguridade social; c) implementação do SUS; d) controle social. Estes deram ênfase à descentralização sob a perspectiva das variantes que a conjuntura trouxe para a idéia de descentralização e para a importância de uma definição clara sobre o que se pretende com a descentralização no marco da Reforma Sanitária.

A afirmação a seguir, de Eugênio Vilaça Mendes, representante-consultor do Brasil na Organização Pan-Americana da Saúde, exemplifica bem os posicionamentos mais ou menos próximos dos conferencistas. E é um discurso revelador do divisor de águas na implementação da política de descentralização:

o princípio constitucional da descentralização pode ser, conforme se lhe aplique, um dos motores da Reforma Sanitária ou uma das opções básicas das políticas sociais de corte neoliberal (...) Na medida em que a descentralização é um meio e não um fim em si mesma coloca-se a questão: por que descentralizar? Para que descentralizar? (Brasil, 1993: 13)

Para Vilaça Mendes, há duas variáveis que permitem reconhecer de que tipo de descentralização se trata, segundo exista ou não transferência efetiva de poder decisório e haja mudança ou não do modelo assistencial hegemônico. Estes aspectos são também apontados pela conferência de Sonia Fleury, professora da Fiocruz e da Fundação Getúlio Vargas (FGV), acrescentando que a situação sanitária da população permitirá ter uma visão mais clara dos interesses que serão afetados pela descentralização, a favor de quem se deslocará o poder.

Na conferência do secretário de Saúde do Estado de Mato Grosso, Júlio Muller Neto, além de uma caracterização semelhante às antecedentes, lê-se: “As mudanças no setor saúde quase que se tem limitado ao aspecto formal da descentralização, restringindo-a cada vez mais a um processo administrativo, sem real transferência de poder, sem autonomia política e financeira e, principalmente, sem democratização das relações sociais a nível local” (Brasil, 1993: 43).

Concluindo a 9ª Conferência Nacional de Saúde no que se refere às dificuldades no andamento concreto do processo de descentralização, não parece ter trazido propostas de caráter mais efetivo. Como afirma Luz (1994: 150), “os delegados não perceberam a Conferência como um fórum de debate da política de saúde, ou de busca coletiva de desimpedimentos dos caminhos das principais conquistas dessa política (real implantação do SUS, efetiva descentralização e municipalização dos serviços de saúde), transformadas em bandeiras de luta na 9ª Conferência”.

Nos anos posteriores à Constituição, o movimento sanitário foi perdendo paulatinamente o caráter militante e mobilizador que o caracterizou na transição à democracia e, também, perdendo influência e cargos na política governamental, o que o impediu de exercer um papel vigilante no cumprimento da Constituição. Em diversas conjunturas políticas na última década, esteve muito próximo de ser convocada uma Assembléia Constituinte para mudá-la. Ainda que estas convocatórias não prosperaram e a letra escrita permaneceu, os resultados conseguidos no processo da Reforma Sanitária e, na Constituição Nacional, o papel da descentralização do sistema de saúde foram aquém do esperado.

A tentativa na saúde de resgatar os preceitos constitucionais através dos organismos criados pós-Constituição – sem existência orgânica formal, à exceção das Conferências Nacionais de Saúde –, tais como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasem), a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), expressam uma complexa engenharia institucional gerada pelo campo da saúde para a implementação da política.

Estas organizações exerceram a ‘missão impossível’ de manter acordos cooperativos entre as entidades federadas na saúde, num ambiente em que prevaleceram os direcionamentos dos governos nacionais que se sucederam nestes 15 anos e, principalmente, as mudanças no financiamento da saúde devido às restrições fiscais e diretrizes da política econômica globalizada que afetaram o desenvolvimento da política de saúde e políticas sociais em geral.

As Normas Operacionais como instrumentos regulatórios para a operação do Sistema de Saúde – definidas pelo Ministério de Saúde, o CNS, o Conass e o Conasem – foram também afetadas pela complexidade do cam-

po da saúde, no qual instituições e grupos de interesse privados fortemente consolidados exerceram pressões políticas para não perder os privilégios adquiridos ao longo da história da saúde. De uma parte, os rumos da *realpolitik* e, de outra, os condicionamentos histórico-institucionais do campo da saúde não colaboraram para a implementação da Reforma Sanitária, na medida em que a reforma expressou um momento de inflexão do sistema de saúde.

A descentralização nos estados e municípios: procedimentos assistenciais e transferências de recursos

Com o intuito de avaliar a implementação da descentralização em estados e municípios, foram escolhidas algumas variáveis cujo comportamento é indicativo da evolução do processo de descentralização. De fato, um dos propósitos centrais da incorporação da descentralização nos princípios constitucionais do SUS foi produzir um maior equilíbrio entre regiões da Federação, assim como diminuir as desigualdades regionais em saúde facilitando o acesso à saúde no nível local, considerando que o acesso é relacionado com a estratificação social da população. Na medida em que cresce a pobreza, também cresce a necessidade de atenção e menor é a utilização dos serviços de saúde, seja pela distância dos serviços, pela dificuldade para se locomover, pela falta de informação, por ter que se ausentar do trabalho para se consultar etc.

Os dados a serem trabalhados são a oferta de procedimentos hospitalares e procedimentos ambulatoriais juntamente com as transferências de recursos SUS para estados e municípios em dois momentos da implementação da política – 1999 e 2003 –, sempre que os dados completos destes anos estiverem disponíveis, caso contrário será utilizado o ano anterior.² A escolha dos estados obedeceu a incorporação daqueles de maior dimensão populacional, dentro de cada uma das regiões do país. Foram comparadas as mudanças que se produziram neste intervalo – 1999 a 2003 – nos estados selecionados e municípios de todas as regiões do país: a) região Norte (Pará e Amazonas); b) região Nordeste (Maranhão, Ceará e Bahia); c) região Sudeste (Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo); d) região Sul (Paraná e Rio Grande do Sul); e) região Centro-Oeste (Mato Grosso e Goiás).

² Os dados foram pesquisados no Datasus, Ministério da Saúde, 2004.

As variáveis escolhidas para estudo foram os procedimentos ambulatoriais, as internações, a rede ambulatorial, a rede hospitalar e as transferências SUS para os municípios e estados. Os dados relativos às transferências SUS foram a remuneração por serviços produzidos (AIH), as transferências para atenção básica, as transferências para média e alta complexidade e as transferências para ações estratégicas. Para todas as variáveis foi calculada a variação percentual entre os anos de 1999 e 2003. A diversidade dos estados selecionados possibilitará se auferir de maneira mais apurada as tendências à descentralização e a modalidade em que esta opera.

AS VARIAÇÕES PERCENTUAIS DOS ESTADOS SELECIONADOS

Na região Norte, nos estados de Amazonas e Pará, houve um incremento considerável dos procedimentos ambulatoriais (variação percentual entre 1999 e 2003 de 18,10% e 11,11%, respectivamente) e também das internações (14,0% e 7,71%). As transferências por remuneração de serviços e as transferências de alta e média complexidade tiveram a variação percentual mais alta de todo o país: no Amazonas, foi de 460,56% em média e alta; e no Pará, de 134,79% em remunerações. As transferências totais cresceram bastante nos dois estados entre 1999 e 2003: no Amazonas, 40% a mais do que no Pará.

Nos estados da região Nordeste, Maranhão e Bahia apresentam uma elevação enorme nas transferências por remuneração de serviços (77,71% e 63,54%). Ceará e Bahia tiveram um crescimento desmesurado das transferências de média e alta complexidade: 121,54% e 300,65%, respectivamente. Mas nenhum destes teve aumentos de importância nos procedimentos hospitalares. O que leva a pensar que os recursos não foram utilizados nas rubricas para as quais são repassados.

Na região Sudeste, São Paulo foi o único estado que teve crescimento das variações percentuais: de procedimentos ambulatoriais (6,51%), das transferências para remuneração de serviços (20,85%) e de transferências para atenção básica (16,7%). No Rio de Janeiro e em Minas Gerais, foi registrado decréscimo da variação percentual em todas as variáveis estudadas.

Na região Sul, apenas o Rio Grande do Sul apresentou uma variação percentual muito alta de transferências para remunerações. Na região Centro-Oeste, observa-se que Mato Grosso e Goiás tiveram variações percentu-

ais médias em procedimentos hospitalares, transferências de atenção básica média e alta e transferências totais. Todas as variações percentuais oscilaram de 8,57% a 16,76%.

A rede hospitalar acompanhou este processo. O fechamento de hospitais e de leitos hospitalares caracterizou todas as regiões do país entre os anos de 1999 e 2003. Os únicos quatro estados em que se observa um crescimento da rede hospitalar foram Amazonas (cresceu 9,02%), Pará (6,91%), Bahia (13,89%) e Rio Grande do Sul (3,44%) (Tabela 1).

Analisando agora as correlações entre as variáveis estudadas, pode-se afirmar que, no caso do Amazonas, a explicação da alta variação percentual nas variáveis, citadas anteriormente, guardam uma correlação muito alta (1) com o valor de 460,56% das transferências em média e alta complexidade. Já as variações percentuais restantes mantêm uma correlação de 0,50 com as transferências totais do SUS para este estado.

No Pará, a variação da oferta de procedimentos ambulatoriais se correlaciona com a rede ambulatorial (0,42) e com as transferências totais (0,29). Nas restantes variáveis referentes a procedimentos, ainda acusando variações percentuais de consideração, não há correlação com o crescimento das transferências totais. O que pressupõe independência entre estes dois conjuntos de variáveis – as de procedimentos/rede com as de transferências.

Na região Nordeste, o Maranhão é um caso interessante, no qual nenhuma das variações percentuais das variáveis correspondentes a procedimentos/redes (todas tiveram crescimento negativo) se correlaciona à variação muito alta de transferências para remunerações por serviços e nem com a variação das transferências totais. A única variável que teve crescimento positivo se correlaciona com as transferências de média e alta em 0,43; com atenção básica em 0,44; e com transferências totais tem uma correlação muito baixa de 0,17.

No estado do Ceará, há uma correlação importante nas variações percentuais de procedimentos ambulatoriais com transferências totais (0,55). Na Bahia, a variação percentual de oferta de procedimentos ambulatoriais se correlaciona com as transferências de atenção básica (0,46) e com as transferências totais (0,63). O crescimento da rede hospitalar não se correlaciona com as transferências, e o crescimento da rede ambulatorial se correlaciona com as transferências de atenção básica (0,18) e com as transferências totais (0,26).

Tabela 1 – Variação percentual dos estados selecionados

	Amazonas	Pará	Maranhão	Ceará	Bahia	Minas Gerais	Rio de Janeiro	São Paulo	Paraná	Rio Grande do Sul	Mato Grosso	Goiás
Variáveis	uf= 13	uf= 15	uf= 21	uf= 23	uf= 29	uf= 31	uf= 33	uf= 35	uf= 41	uf= 43	uf= 51	uf= 52
Unidades hospitalares	9,02	6,91	-12,52	0,86	13,89	-0,56	-11,68	-3,34	-0,69	3,44	-1,56	-5,62
Internações	14,00	7,71	-3,65	1,27	-4,44	3,40	-8,83	4,66	0,37	-6,75	8,57	14,27
Procedimentos ambulatoriais	18,10	11,11	-7,86	3,87	6,64	-8,70	-7,05	6,51	-14,38	0,16	-8,78	3,62
Transferências por remuneração de serviços	134,79	-100,00	77,71	-100,00	63,54	-91,93	-100,00	20,85	-100,00	41,37	-100,00	-100,00
Transferências por ações estratégicas	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Transferências para atenção básica	25,09	-17,10	1,89	-13,66	-14,30	-1,25	-10,26	16,97	-7,55	-16,80	12,65	19,03
Transferências por média e alta complexidade	460,56	17,87	-7,19	121,54	300,65	-22,20	-7,18	-1,83	-28,51	-28,63	16,76	4,02
Transferências totais	45,43	8,24	20,55	-10,87	12,49	-10,22	-0,73	-5,95	-23,75	-6,89	-19,04	9,62
Unidades ambulatoriais	5,48	4,89	2,61	-2,80	11,46	2,83	-2,15	5,01	-7,78	-5,56	10,39	-34,08

Na região Sudeste, todos os estados têm variação percentual negativa, com exceção de São Paulo, que tem variação positiva de procedimentos ambulatoriais que se correlacionam positivamente com as transferências por remunerações (0,17), com as transferências de atenção básica (0,17) e com as transferências totais (0,26). A variação percentual de internações não se correlaciona com transferências de nenhum tipo.

Na região Sul, o estado do Rio Grande do Sul teve crescimento de internações, que se correlaciona com transferências por remunerações (0,22), e crescimento muito baixo de procedimentos ambulatoriais, que não se correlaciona com transferências. Nesse caso, nota-se também que não há correlação entre procedimentos/rede e as transferências por remuneração que tiveram um crescimento muito alto.

Na região Centro-Oeste, o Mato Grosso teve importante aumento de internações que se correlaciona com transferências de atenção básica (0,25) e com transferências totais (0,24); e aumento da rede ambulatorial que não se correlaciona com transferências de nenhum tipo, sendo que especialmente as transferências de média e alta cresceram bastante. No estado de Goiás, houve crescimento de procedimentos ambulatoriais, que se correlaciona com transferências de atenção básica (0,31) e com transferências totais (0,32).

AS VARIAÇÕES PERCENTUAIS NOS MUNICÍPIOS DA FEDERAÇÃO

Nos municípios muito pequenos (com menos de cinco mil habitantes), diminuiu o número de hospitais e aumentou a quantidade de procedimentos ambulatoriais. A rede ambulatorial cresceu em proporção maior à dos procedimentos. A variação percentual das transferências de atenção básica e, sobretudo, das transferências totais cresceu muito entre 1999 e 2003.

Nos municípios pequenos (com cinco mil a vinte mil habitantes), houve um aumento pequeno, entre 1999 e 2003, da rede hospitalar e ambulatorial e bem menor da rede ambulatorial. As internações também aumentaram muito pouco.

Nos municípios medianos (com vinte mil a cem mil habitantes), houve um aumento de internações de 1% e de transferências de média e alta muito baixo também, de apenas 1,88%. Os municípios grandes (com mais de cem mil habitantes) tiveram pequeno incremento das variações percentuais nas

internações: 1,11%. Para finalizar, observa-se que nos municípios de maior tamanho (com mais de quinhentos mil habitantes) houve incrementos, ainda que baixos, nos procedimentos ambulatoriais (7,40%) e nas internações (1,6%), mas as transferências por remuneração de serviços (AIHs) cresceram em 15,9% (Tabela 2).

Tabela 2 – Variação percentual por categorias populacionais dos municípios

	< 5.000 habitantes	> 5.000-20.000	> 20.000-100.000	> 100.000-500.000	> 500.000
Variáveis	catpop= 1	catpop= 2	catpop= 3	catpop= 4	catpop= 5
Unidades hospitalares	-9,32	4,81	-1,63	-0,44	-8,25
Internações	0,35	1,16	0,31	1,12	1,66
Procedimentos ambulatoriais	8,66	-9,35	-4,26	-2,23	7,40
Transferências por remuneração de serviços	-57,58	-35,41	-31,12	-6,80	14,46
Transferências por ações estratégicas	–	–	–	–	–
Transferências por atenção básica	42,99	1,53	-11,48	-12,15	15,90
Transferências por média e alta complexidade	-16,72	5,72	1,89	-0,45	-8,98
Transferências totais	49,85	-6,57	-13,36	-1,03	-0,49
Unidades ambulatoriais	10,04	1,72	-0,13	-1,22	-12,64

No que se refere às correlações entre as variáveis procedimentos/rede e as transferências consideradas por tamanho de municípios, observa-se que nos municípios muito pequenos existe correlação entre procedimentos ambulatoriais e transferências de atenção básica (0,41) e transferências totais (0,62), e entre crescimento da rede ambulatorial e essas mesmas transferências, com correlações apenas um pouco menores (0,17 e 0,23, respectivamente).

Nos municípios um pouco maiores, mas ainda considerados pequenos, nota-se também correlação dos procedimentos ambulatoriais, assim como da rede ambulatorial com o mesmo tipo de transferência que nos menores e com valores bastante semelhantes.

Nos municípios de porte médio, se reitera o mesmo tipo de correlações que nos municípios pequenos. Nos municípios grandes, observa-se correlação, apenas, entre o crescimento da variação percentual das internações com as transferências totais de 0,27. Por último, nos municípios de maior porte, não há correlações entre as variáveis procedimentos/redes e as transferências.

TENDÊNCIAS DA DESCENTRALIZAÇÃO E MODALIDADES EM QUE ESTA OPERA

As transformações operadas na descentralização dos sistemas de saúde estaduais e municipais mostram uma tendência ao estancamento do processo de produção de procedimentos hospitalares e ambulatoriais, necessários para suprir as necessidades de atenção à saúde da população, e das transferências dos recursos financeiros que de fato viabilizariam a efetividade da política.

A primeira questão que merece atenção é o número de estados em que diminuíram os procedimentos e as transferências nestes últimos anos. Na maioria dos estados considerados, os procedimentos hospitalares decresceram; naqueles em que houve crescimento, este foi muito baixo. Em quatro dos 12 estados estudados, houve, de 1999 a 2003, diminuição das variações percentuais dos procedimentos hospitalares e, em sete deles, diminuição da rede hospitalar pública.

No que se refere aos procedimentos ambulatoriais, em cinco estados houve diminuição dos mesmos, sendo que também em cinco estados, mas não os mesmos, decresceu a rede ambulatorial pública.

Em relação às transferências, observa-se um decrescimento das transferências de média e alta complexidade, das transferências de atenção básica e, conseqüentemente, das transferências totais em sete dos 12 estados. Naqueles estados onde houve crescimento das transferências, observa-se importante concentração nas regiões Norte e Nordeste e nos estados do Amazonas, do Maranhão, do Ceará e da Bahia. O estado do Amazonas teve uma variação percentual de 460,56% de crescimento nas transferências de média e alta complexidade e de 134,79 em transferências para remuneração de serviços (AIHs); no Ceará, de 121,54% em transferências de média e alta complexidade; no Maranhão, de 77,74% em transferências para remuneração de serviços; e na Bahia, de 300% em transferências de média e alta e 63,54% em remuneração

de serviços. Os valores mais avultados referem-se, basicamente, a dois tipos de transferências de média e alta e remuneração por serviços (AIHs).

Cabe ressaltar que as correlações calculadas entre procedimentos e transferências são baixas. Ou seja, as variações percentuais dos procedimentos realizados em 1999 e comparados com 2003 não justificam variações tão altas em transferências como as que observamos nos estados relacionados acima. Considerando que nestes estados não há um parque hospitalar público considerável, cabe concluir que as transferências foram direcionadas para o setor hospitalar privado, seja este filantrópico ou empresarial. De maneira que o sistema de saúde permanece operando com padrões similares aos anteriores à implantação da Reforma Sanitária e à política de descentralização definida constitucionalmente.

Nos estados que tiveram crescimento das transferências, ainda que bem menores, foram marcadamente favorecidas, também, as transferências por remuneração de serviços. Este foi o caso de São Paulo, com crescimento de 20,85%, e Rio Grande do Sul, de 41,37%.

Se for observado o comportamento destas variáveis por porte de municípios, pode-se concluir que nos municípios menores é que se percebe as maiores variações percentuais das transferências, especialmente as de atenção básica e as totais. Não são desta magnitude a produção de internações, os procedimentos ambulatoriais, a rede hospitalar e a rede ambulatorial. A rede hospitalar, particularmente, tem tido decréscimo de -9,31%, enquanto a rede ambulatorial tem crescido (10,04%).

Esta tendência se manteve, ainda que em proporção bem menor, nos municípios de cinco a dez mil habitantes, alterando-se a relação entre transferências de média e alta, que teve crescimento contrariamente ao que aconteceu com as transferências de atenção básica.

Nos municípios médios, houve apenas um crescimento mínimo, que não chegou a 2% com as transferências de média e alta. Nos municípios grandes, com exceção das internações (que cresceram 1,11%), todos os valores restantes acusam decréscimo. Finalmente, nos municípios muito grandes, houve um crescimento importante de transferências por remuneração de serviços (14,46%) e de atenção básica (15,90%).

Pode-se afirmar que a descentralização no que se refere aos municípios opera favorecendo os pequenos municípios (com menos de cinco mil habitantes) e os muito grandes (com mais de quinhentos mil habitantes). No caso

dos menores, isto poderia ser explicado como incentivo aos programas de atenção básica, agentes comunitários de saúde e ao Programa de Saúde da Família. Nos maiores, há cada vez mais uma extensa população com condições de vida extremamente precárias, com perigo constante de extensão de doenças e epidemias às populações mais abastadas das grandes cidades, para as quais a extensão dos programas de atenção básica pode se tornar um paliativo.

Condicionantes do processo de descentralização: o modelo de federalismo fiscal (partilha fiscal) e as regras da partilha setorial (transferências SUS)

O financiamento do gasto público em saúde, isto é, a operação do SUS, como definido pela Constituição Federal de 1988, envolve, de um lado, o compromisso das três esferas de governo – federal, estadual e municipal – e, de outro, depende das regras de partilha do Orçamento da Seguridade Social (OSS) entre saúde, previdência e assistência social.

Sendo assim, o estabelecimento de regras claras de participação de cada esfera governamental e de regras justas e equilibradas de partilha no interior do OSS é vital para uma maior eficiência do modelo. Mas não foi isso o que ocorreu.

O primeiro problema – regras de participação de cada esfera de governo – só foi resolvido com a Emenda Constitucional 29 (EC 29), de 2000, quando esta definiu percentuais mínimos (escalonados) sobre a receita arrecadada para o gasto em saúde dos estados e municípios e um percentual de aumento para o gasto federal segundo variações nominais do PIB. O segundo problema – regras de partilha do orçamento da seguridade social –, tão ou mais grave, está até hoje sem definição e é um alvo e elemento preferencial da política fiscal (seja porque é usado para cobrir despesas correntes da União, seja porque é fonte dos fundos de estabilização).

A principal fonte do OSS, na década de 1990, vinha das contribuições sociais: Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), Contribuição sobre o Lucro Líquido de Empresas (CSLL) e Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) – esta última a partir de 1997. Mas o movimento ascendente dessas fontes de OSS não resultou em

maiores recursos para saúde. As mesmas passaram a financiar outros tipos de gastos federais, como forma de compensar a perda de receita tributária da esfera federal para estados e municípios desde 1988 (são fontes não-compartilháveis com estados e municípios, como são os impostos diretos e indiretos). E ainda passaram a ser fontes importantes do Fundo Social de Emergência (FSE-1994/96), posterior Fundo de Estabilização Fiscal (FEF-1996/1999) e hoje Desvinculação das Receitas da União (DRU), instrumentos de contingenciamento do orçamento fiscal.

Dessa forma, quando se examina a evolução do gasto social federal por área de atuação, observa-se que a participação dos gastos com saúde se mantém quase constante no período assinalado, em torno de 14,1% do gasto total no período de 1995 a 2001, conforme o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

Em suma, a substituição das fontes tributárias por receitas de contribuição, evidenciada na inexpressiva participação das receitas do Tesouro no financiamento do gasto público federal em saúde, e o uso dessas fontes para compensar perdas de receita e manter os compromissos do ajuste fiscal explicam a estagnação do gasto federal em saúde (2,1 e 1,9% do PIB, no início e na final da década de 1990).

Como o gasto público em saúde conta com recursos de estados e municípios, foi justamente o incremento da participação dessas esferas de governo que permitiu o incremento do gasto público na década de 1990. Dados do Ipea mostram que a média de participação dos recursos próprios estaduais e municipais no financiamento público da saúde na década de 1980 foi de 25%. Em 1995, a participação ascende para 37,2% e, segundo o Ministério da Saúde, nesse mesmo ano essa participação foi de 41,2%. Entre 1994 e 1996, os gastos dos municípios com saúde apresentam crescimento de quase 85% (de acordo com o Ipea) e essa tendência se manteve até os anos recentes.

Sublinhe-se que a regulamentação da participação das esferas governamentais no gasto público em saúde definida pela EC 29 – estados e municípios deverão alocar, a partir de 2000, pelo menos 7% das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais para área da saúde e esse percentual deverá crescer gradativamente até atingir 12% para os estados e 15% para os municípios – deverá aportar recursos adicionais, porém como os mesmos estão condicionados pela evolução das receitas públicas estaduais e

municipais e do crescimento econômico (os aportes federais deverão ser corrigidos pela variação nominal do PIB), a expectativa positiva pode se frustrar. Além disso, muito estados e municípios descumprem a vinculação introduzindo outras rubricas no gasto em saúde.

PARTILHA FISCAL E SETORIAL: UMA DISCUSSÃO A SER FEITA

A disponibilidade de recursos financeiros (sejam recursos próprios ou a receita total *per capita*) é uma variável chave para explicar a variação na oferta de serviços de saúde no território nacional, como será visto a seguir. Deve-se destacar que a literatura internacional também aponta que o sucesso do processo de descentralização é altamente dependente da disponibilidade de fundos para o cumprimento das atribuições e prioridades locais (Hutchinson & Lafond, 2004).³

Sendo assim, são condicionantes do processo de descentralização as regras que informam a disponibilidade de recursos no nível local para o gasto em saúde. Como se sabe, essas são definidas pelas regras que presidem a partilha de recursos entre esferas de governo, isto é, o modelo de federalismo fiscal e os critérios que regulam as transferências federais e estaduais para a operacionalização do SUS.

Note-se que tanto a implantação do SUS quanto o modelo de federalismo fiscal adotado no Brasil são fenômenos interligados em sua origem, pois ambos foram criados no momento de mudança da ordem constitucional. Ou seja, são frutos da Constituição Federal de 1988.⁴

³ Segundo este documento, o sucesso do processo de descentralização depende ainda da capacidade técnica e administrativa do nível local, da operação de um sistema de monitoramento e *accountability* e, finalmente, de regras claras e transparentes que definam a divisão de responsabilidades entre os responsáveis pela política. Estudos recentes para o caso brasileiro atestam que a capacidade técnica e administrativa do nível local é um processo sequencial e de várias rodadas, na feliz expressão de Maria H. T. de Almeida (apud Abrucio, 2004) e constitui uma trajetória de aprendizado institucional (ver Viana et al., 2002).

⁴ A implementação do SUS na década de 1990 repousa nessa íntima interligação entre um sistema de operação descentralizada, cujo processo de descentralização foi de corte federativo, e o novo modelo de federalismo fiscal. Sublinhe-se que as regras definidas pelo novo modelo de federalismo fiscal, ao disponibilizar mais recursos para a esfera municipal, possibilitou o tipo de descentralização desenhado para o sistema de saúde e reproduziu, portanto, o quadro de desigualdades inerentes à formação e distribuição de recursos no território nacional.

São elementos formadores/constitutivos de um regime fiscal federativo a estruturação de um sistema de competências tributárias (é desejável que seja eficiente), a atribuição de encargos entre níveis de governo (é desejável que seja equilibrada) e a formatação de um sistema de transferências intergovernamentais (também, nesse caso, é desejável que seja eficiente).⁵

Segundo Prado, Quadro e Cavalcanti (2003), na maior parte dos casos recentes de descentralização, as reformas partiram de uma redefinição planejada de realocação de atribuições para cada nível de governo. Passo seguinte, dado uma nova configuração de responsabilidades, definiu-se o perfil de financiamento a ser viabilizado através de estrutura de competências e partilhas.

O caso brasileiro de descentralização, por sua vez, apresenta inúmeras particularidades, decorrentes do modelo de federalismo fiscal adotado na Constituição Federal de 1988, da herança do modelo anterior de federalismo fiscal (partilhas definidas pela reforma tributária de 1966/67) e, finalmente, do perfil de formação do produto/renda no território nacional.

Dessa forma, a federação brasileira se destaca, segundo os estudiosos do tema do federalismo fiscal: a) pela forte descentralização das competências tributárias, pois se atribuiu ao nível intermediário a competência do principal imposto sobre o consumo, o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS estadual); b) por uma imensa disparidade inter-regional (as regiões mais pobres têm arrecadação *per capita* três vezes menor do que as regiões mais ricas); c) pela grande autonomia dos governos subnacionais.

Por um lado, a descentralização efetuada na Constituição Federal de 1988 não foi acompanhada por descentralização planejada de encargos (é bom lembrar que o nível municipal assumiu inúmeros encargos ao longo do processo de descentralização, porém esse processo não foi planejado). Por outro, privilegiou a esfera municipal, pois foi esse nível de governo que teve sua participação na capacidade de gasto efetivamente ampliada nas duas últimas décadas. Segundo Prado, Quadro e Cavalcanti (2003), por isso a descentralização de encargos derivada também tomou esse rumo, o que o autor denomina de Lei de Say fiscal, isto é, a receita tende a gerar seu próprio gasto.⁶

⁵ Segundo Prado, Quadro e Cavalcanti (2003), um regime fiscal federativo depende crucialmente da estruturação eficiente do sistema de competências tributária, da distribuição equilibrada de encargos entre os níveis de governo e da formatação de um sistema eficiente de transferências governamentais.

⁶ Como bem assinala o autor, é a descentralização financeiro-orçamentária que conduz, em boa medida, à descentralização de encargos (Prado, Quadro e Cavalcanti, 2003).

E, finalmente, de acordo com o autor, manteve os governos estaduais com a mesma situação de vinte anos atrás quando comparado com a situação atual, do ponto de vista das atribuições de encargo como da disponibilidade líquida de recursos após as transferências intergovernamentais.⁷

As mudanças introduzidas na Constituição Federal de 1988 mudaram a equação de distribuição de recursos em prol dos estados e, principalmente, dos municípios, obrigando a União a utilizar impostos e contribuições sociais (principal fonte de financiamento da saúde) não compartilhados com os estados e municípios para financiar seus gastos, o que colocou em prática, segundo a definição de Rezende e Oliveira (2003), um processo desordenado de descentralização de encargos, sem o estabelecimento de regras claras de cooperação financeira dessas esferas, fator indispensável para garantir a sustentação financeira de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, infra-estrutura urbana etc.

Segundo os autores, ao fim do modelo de federalismo fiscal e das regras de cooperação intergovernamental que vigoraram até o final da década de 1980, não se seguiu nenhum acordo negociado e articulado referente às atribuições e responsabilidades dos entes federativos na implementação de políticas públicas. Conforme os mesmos:

os remendos que foram sendo introduzidos no sistema, na ausência de um acordo sobre o novo modelo de federalismo fiscal, para atender às novas prioridades e responsabilidades assumidas pelo governo central com a implementação de políticas de ajuste fiscal, conciliando-as com as necessidades de garantir a oferta de serviços públicos naquelas

⁷ Deve-se ver a questão em retrospectiva histórica. O modelo de federalismo fiscal adotado pelo Brasil na reforma tributária de 1966/67 estimulou as bases tributárias próprias de estados e municípios e criou uma série de fundos redistributivos para compensação das desigualdades. Esse modelo esgotou-se na década de 1980, segundo Rezende e Oliveira (2003), influenciado pela crise fiscal do Estado e pela lógica da descentralização que predominou na Constituição Federal de 1988. Na Constituição Federal de 1988, os fundos de participação de estados e municípios tiveram seu percentual de participação elevado, livres da regra de vinculação, impondo perdas à União; os impostos únicos que financiavam os investimentos no setor de infra-estrutura foram transferidos para competência dos estados, passando a integrar a base de incidência do ICMS; e, finalmente, os fundos para diminuição das disparidades regionais foram esvaziados, em função da crise econômico-fiscal da década de 1990, e da retirada de cena do Estado na implementação de políticas regionais.

áreas, geraram resultados deletérios para o crescimento econômico, a distribuição de renda, o equilíbrio federativo e a oferta de políticas sociais. (Rezende e Oliveira, 2003: 15)⁸

Assinale-se que somente após a edição da EC 29 o financiamento da saúde passou a ser definido pela regra, porém, a mesma é baseada na disponibilidade líquida de recursos de cada ente governamental. Isso evidencia que a oferta de serviços e ações é fortemente dependente da extração de recursos próprios por cada ente governamental, isto é, da base econômica existente e das transferências dos níveis federal, estaduais e setorial. Portanto, essa disponibilidade é bastante diversa no território nacional.

No modelo proposto por Prado, Quadro e Cavalcanti (2003),⁹ a transferência SUS para estados e municípios é de caráter redistributivo, como são os Fundos de Participação de Estados e Municípios, Sistema Cota-parte¹⁰ e Fundef, que têm como característica principal transferir recursos para os governos subnacionais sem qualquer relação com a proporcionalidade das bases tributárias respectivas, efetivas ou virtuais. Assinale-se que dos R\$ 60,6 bilhões (fluxos/totais) de transferências redistributivas, em 2000, o SUS representou 20,3%.

Até 1998, vale a afirmação de que as regras de distribuição dos recursos SUS para estados e municípios, ao serem definidas pelo critério de produção de serviços (oferta) – apesar de ter sido introduzida, em 1996, uma nova modalidade baseada no critério populacional, o Piso de Atenção Básica (PAB), porém ainda incipiente, nesse período, quando comparado ao volume de

⁸ Na opinião dos autores citados, a lógica da descentralização, seguida da lógica do ajuste fiscal, transformaram o sistema tributário em um instrumento sem princípios e nem mesmo as experiências no campo da cooperação intergovernamental – casos do Fundo de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef), que entrou em vigor em 1997, e da Emenda Constitucional da saúde promulgada em 2000 (EC 29/2000) –, embora importantes para dar uma nova feição à descentralização, podem ser vistas como indícios de mudança efetiva, porque foram adotadas para enfrentar problemas específicos, sem alterar uma das maiores debilidades do federalismo fiscal brasileiro: o distorcido sistema de repartição de receitas entre as esferas da federação, o que impossibilita, segundo eles, o atendimento mais equitativo das demandas da população por serviços públicos essenciais e atua como elemento contrário à formulação/construção de mecanismos de cooperação que permitam ao setor público financiar investimentos vitais para sustentar um novo ciclo de desenvolvimento econômico, principalmente nos campos onde hoje são requeridos, como os de saúde, educação, recursos humanos, segurança pública, tecnologia etc. (Rezende e Oliveira, 2003).

⁹ As transferências intergovernamentais, segundo o autor, compreendem diferentes modalidades que podem ser assim agrupadas: devolução e compensação tributária, recursos redistributivos internos, redistributivos e voluntários.

¹⁰ O Sistema Cota-parte é a distribuição do ICMS pelos municípios segundo critérios próprios dos estados.

recursos alocado para custeio da prestação –, impediam que o caráter redistributivo se efetivasse, pois eram as regiões mais desenvolvidas que mais produziam procedimentos e, portanto, mais recebiam. Atualmente, como será visto a seguir, por conta das transferências previstas pelo PAB (fixo, ampliado e variável) e de outros tipos de transferências para os Fundos Estaduais de Saúde, bem como as emendas parlamentares,¹¹ é crescente a participação das regiões Nordeste e Norte nas transferências totais do SUS.

Este perfil de distribuição de recursos (pelas regras de partilha do modelo de federalismo fiscal e setorial, isto é, interno ao SUS) para o financiamento do gasto público em saúde impôs um padrão de oferta de serviços muito diferenciada no território nacional e é hoje um obstáculo crescente à construção de políticas regionais dentro do SUS.

Assinale-se, ainda, que esse perfil de financiamento da área da saúde é um dos traços – no que diz respeito ao desempenho do sistema público de saúde – mais paradoxal, pois, ao possibilitar a implantação descentralizada das ações de saúde, impede a constituição de instrumentos que contribuam para diminuir os quadros de desigualdades regionais e de iniquidades na oferta e no acesso aos serviços de saúde.

O certo é que a redistribuição de recursos da saúde não pode ser pensada de forma descolada do sistema de partilha de tributos da federação brasileira, isto é, a transferência SUS deve considerar a disponibilidade total de recursos no município, como evidenciam os dados que serão apresentados no item a seguir.

Por fim, esse modelo de federalismo fiscal propiciou, na visão de Rezende (2003), o crescente relacionamento direto da União com os municípios, o que induziu o esvaziamento da capacidade dos governos estaduais na função de coordenação das atividades intermunicipais e ampliou as possibilidades de conflito no relacionamento intergovernamental, já que, como bem assinala o autor, as relações políticas prevalecentes em um determinado mo-

¹¹ Souza (2003) chama atenção para esse aspecto das emendas parlamentares. Lima (2005) cita que uma emenda ao orçamento da União, em 2000, puxada pela bancada da Bahia, alocou recursos adicionais aos tetos estaduais inversamente ao *per capita* existente, privilegiando os estados do Nordeste. Finalmente, o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), que historicamente poderia ser visto como um tipo de transferência cujo critério de rateio era o da produção, nos anos mais recentes tem sido utilizado pela União para complementação financeira de estados e municípios (Lima, 2005).

mento podem influenciar o acesso dos municípios aos recursos destinados ao financiamento dos programas sociais.

Do ponto de vista do financiamento interno ao SUS, este modelo também induziu uma predominância de relações de tipo bilaterais (federal-municípios; estadual-federal; estadual-municípios) e a resistência à criação de espaços de relacionamento, articulação e negociação multilaterais. Tome-se como exemplo as dificuldades para a criação de uma política regional no interior do SUS, em decorrência do fato de que a simples criação de espaços regionais implica, necessariamente, no estabelecimento de articulações e negociações multilaterais.

DISPONIBILIDADE DE RECURSOS (PRÓPRIOS, TRANSFERIDOS E TRANSFERÊNCIAS SUS) SEGUNDO REGIÕES E PORTES DE MUNICÍPIO

Os resultados de pesquisa realizada pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap)¹² sobre a disponibilidade de recursos entre as esferas de governo e a relação com os recursos transferidos pelo SUS demonstram inúmeras disparidades no plano regional, estadual e municipal na receita final *per capita* e observa que entre as capitais e os municípios de porte populacional essas disparidades são muito significativas, porque: a) o sistema privilegia as capitais (concentram 23% da população brasileira) e os municípios abaixo de cinco mil habitantes (2,7% da população) em relação aos municípios na faixa de dez a cem mil habitantes (41% da população brasileira); b) a receita *per capita* das capitais é 80% mais alta do que a enorme parcela da população que reside em municípios intermediários; c) os municípios com população abaixo de cinco mil habitantes têm uma receita *per capita* superior às capitais; d) o crescimento da receita nos municípios com mais de 75 mil habitantes não está associado à arrecadação ou ao Fundo de Participação de Municípios (FPM), mas ao aporte de outro tipo de recursos (devolução tributária e outros fluxos redistributivos).

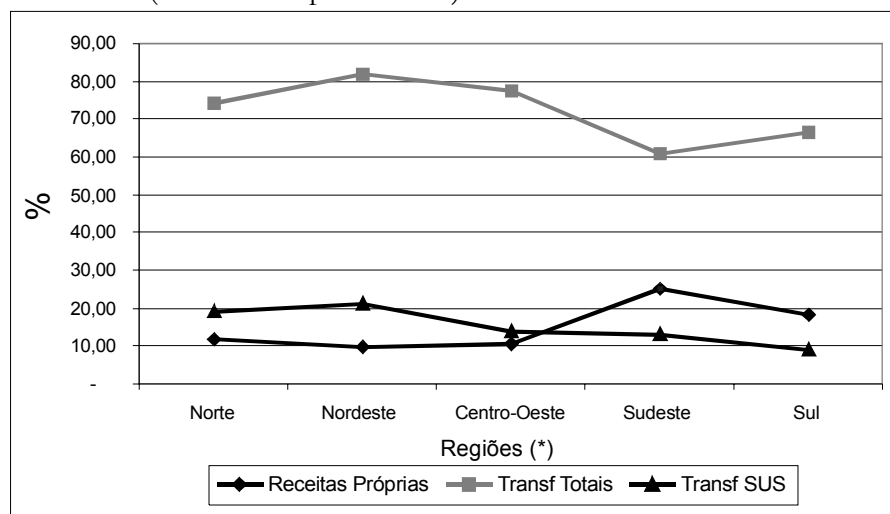
O estudo aqui apresentado, por sua vez, confirma essa distribuição de recursos extremamente desigual, segundo regiões e portes de municípios, tanto

¹² A pesquisa Fundap/Ipea “Análise do Sistema de Partilha de Recursos na Federação Brasileira” foi coordenada por Sergio Prado e foi divulgada em duas publicações: Prado, Quadros e Cavalcanti (2003) e Prado (2003), citadas nesse artigo.

em termos de participação percentual de cada tipo de fonte (receita própria, receita proveniente de transferências e transferência SUS), quanto em termos de distribuição *per capita*, como pode ser visto nos Gráficos 1 a 5 (dados de 2000).

O Gráfico 1 demonstra que são as regiões Norte e Nordeste as mais dependentes dos recursos provenientes das transferências totais, em termos percentuais (participação de cada fonte na receita total), enquanto os recursos próprios têm participação significativa nas regiões Sudeste e Sul. Os recursos SUS, por sua vez, aumentam sua participação na receita total nas regiões Norte e Nordeste e chama atenção o fato de eles serem mais significativos em termos percentuais do que os recursos próprios nessas mesmas regiões, inclusive na região Centro-Oeste.

Gráfico 1 – Principais fontes de financiamento municipal por regiões (em valores percentuais)¹³



(*) Somatória dos valores dos estados selecionados para cada uma das regiões.

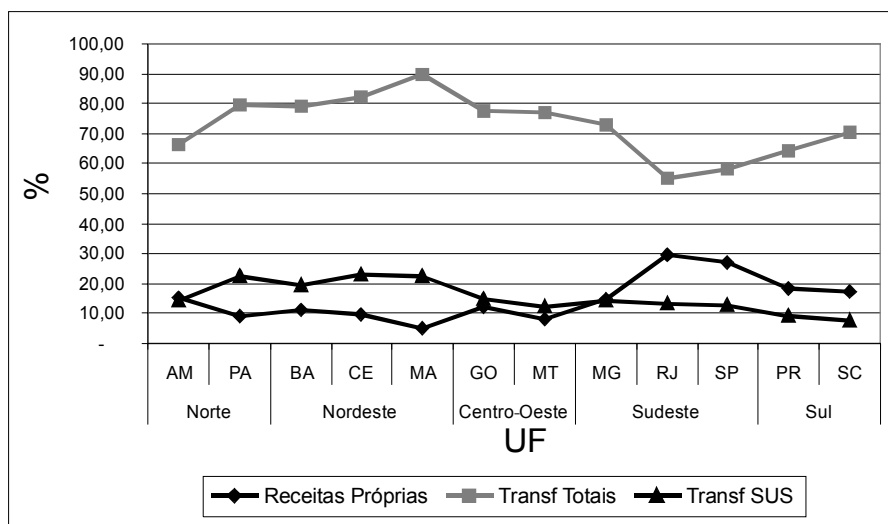
Fonte: IBGE (Pesquisa de Informações Básicas Municipais – Perfil dos Municípios Brasileiros – Finanças Públicas – 1998-2000, Rio de Janeiro, 2004) e Datasus (para os dados de transferências SUS).

¹³ A receita total é a soma do total de receitas correntes mais as receitas de capital. A receita corrente é a soma das receitas tributárias ou receita própria (IPTU, ITBI, ISS, taxas e outros tributos) mais a receita de contribuições e a receita patrimonial, agregando os valores das transferências correntes. Essa última, por sua vez, inclui as transferências federais (Cota-parte do FPM, Fundef e outras transferências) e as transferências estaduais (Cota-parte do ICMS, Cota-parte do IPVA, Fundef e outras transferências da administração estadual).

As transferências SUS incluem todas as transferências do PAB fixo, ampliado e variável, mais as transferências de média e alta complexidade, as transferências para ações estratégicas e, finalmente, a transferência para remuneração de serviços.

A distribuição por Estado, como pode ser vista no Gráfico 2, mostra que o recurso SUS é percentualmente menor que os recursos próprios na receita total, nos estados do Rio de Janeiro, de São Paulo, do Paraná e de Santa Catarina. Para os demais estados, o recurso SUS é maior que a receita advinda da extração própria de recursos, com exceção de Minas Gerais, onde a participação da transferência SUS é praticamente igual à da receita própria na receita total.

Gráfico 2 – Principais fontes de financiamento municipal por Unidades da Federação (em valores percentuais)



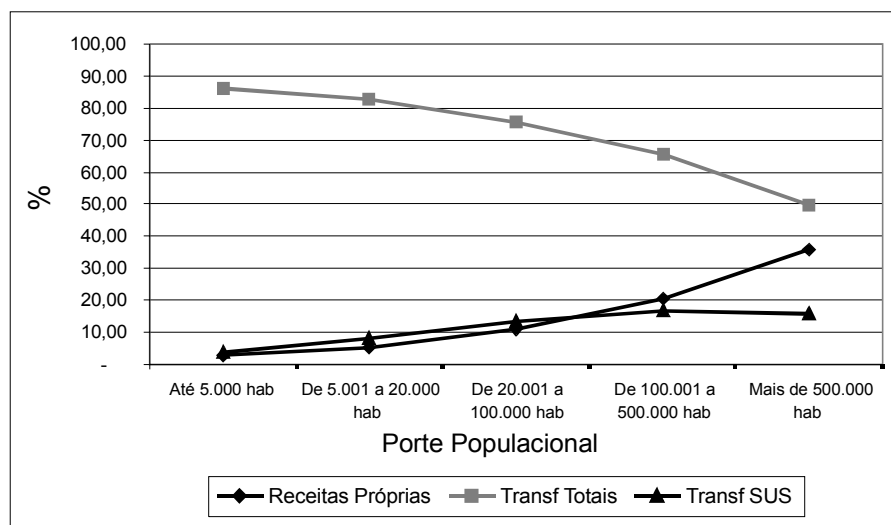
Fonte: IBGE (Pesquisa de Informações Básicas Municipais – Perfil dos Municípios Brasileiros – Finanças Públicas – 1998-2000, Rio de Janeiro, 2004) e Datasus (para os dados de transferências SUS).

Segundo o porte populacional, as transferências totais e os recursos próprios seguem trajetórias opostas no tocante a sua participação na receita total: enquanto os recursos próprios crescem à medida que expande o tamanho do município, o contrário ocorre com as transferências, isto é, essas são maiores percentualmente nos municípios menores.

Já os recursos SUS acompanham a trajetória dos recursos próprios, ou seja, crescem à medida que os municípios expandem de tamanho populacional, mas deve-se observar que: a) o crescimento é muito menor a partir da faixa de 20.001 a cem mil habitantes, isto é, esse crescimento representa me-

nos na receita total quando comparado à participação da receita própria; b) estabiliza-se na faixa de cem mil habitantes; c) é maior percentualmente do que a receita própria até a faixa de 20.001 a cem mil habitantes (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Fontes de financiamento municipal por parte populacional (em valores percentuais)



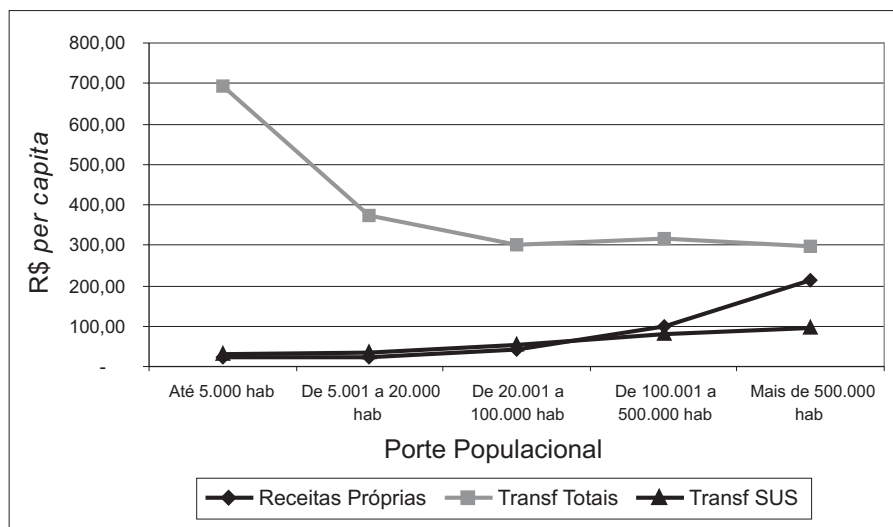
Fonte: IBGE (Pesquisa de Informações Básicas Municipais – Perfil dos Municípios Brasileiros – Finanças Públicas – 1998-2000, Rio de Janeiro, 2004) e Datasus (para os dados de transferências SUS).

Quando se analisam os dados *per capita*, segundo o porte dos municípios, chama atenção que as transferências totais decrescem até o porte de 5.001 a vinte mil habitantes e depois se estabilizam em um determinado patamar, como pode ser visto no gráfico a seguir. Já os recursos próprios aumentam significativamente a partir do porte de cem mil habitantes. Os recursos SUS, por sua vez, caminham também nessa direção, mas crescem menos nos maiores centros, sendo que as receitas totais *per capita* das transferências SUS para os grandes centros (100.001 a quinhentos mil e mais de quinhentos mil) são praticamente iguais, porém nos municípios maiores de quinhentos mil a receita própria *per capita* é bem maior do que a receita *per capita* de transferência, seja total ou SUS.

Observe-se que a transferência SUS *per capita* é praticamente igual à receita própria *per capita* na faixa de 20.001 a cem mil e 100.001 a quinhentos mil habitantes. Os dados *per capita* evidenciam uma grande desigualdade na

distribuição de recursos ao privilegiar os municípios menores em detrimento dos maiores, e chama atenção o fato de a transferência setorial (transferência SUS) aliviar muito pouco essa mesma distorção (Gráfico 4).

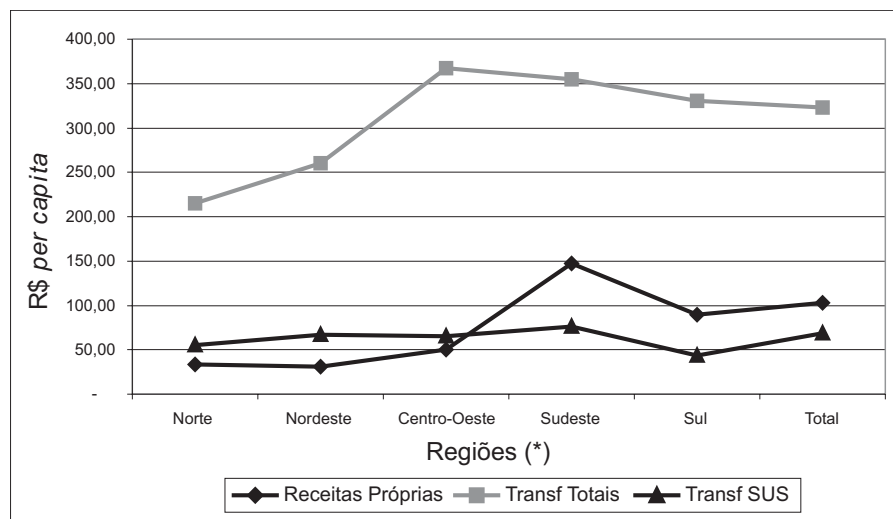
Gráfico 4 – Fontes de financiamento por parte populacional (em valores percentuais)



Fonte: IBGE (Pesquisa de Informações Básicas Municipais – Perfil dos Municípios Brasileiros – Finanças Públicas – 1998-2000, Rio de Janeiro, 2004) e Datasus (para os dados de transferências SUS).

Por região, como pode ser visto no Gráfico 5, os valores *per capita* totais são maiores nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul (nessa ordem). Já os recursos SUS são maiores nas regiões Sudeste, Nordeste, Centro-Oeste e Norte (nessa ordem), sendo que os valores *per capita* nas regiões Norte e Centro-Oeste são quase semelhantes. O Sul é a região de menor *per capita* de transferência SUS (explicado pela forte presença do setor privado nessa região) e a região Sudeste é (ainda) o maior *per capita*, dada a capacidade física ali instalada no setor saúde. Já na região Nordeste, cujo valor *per capita* já é quase igual ao da região Sudeste, a justificativa se deve ao forte estímulo à expansão da atenção básica e do Programa de Saúde da Família nessa região, nos anos mais recentes, bem como outros critérios utilizados pelo Ministério da Saúde para transferir recursos que se afastam do rateio vinculado à produção/oferta de serviços.

Gráfico 5 – Principais fontes de financiamento municipal por regiões
(em reais *per capita*)



Fonte: IBGE (Pesquisa de Informações Básicas Municipais – Perfil dos Municípios Brasileiros – Finanças Públicas – 1998-2000, Rio de Janeiro, 2004) e Datasus (para os dados de transferências SUS).

RESULTADOS DA REGRESSÃO ENTRE DISPONIBILIDADE TOTAL DE RECURSOS POR TIPO DE FONTE (RECURSOS PRÓPRIOS, TRANSFERÊNCIAS TOTAIS E TRANSFERÊNCIAS SUS) E OFERTA EM SAÚDE

Quando se examinam os resultados da regressão entre a oferta de serviços de saúde (variável independente) e a disponibilidade de recursos por tipo de fonte (variável dependente), como pode ser visto na Tabela 3, é surpreendente a estreita relação entre as variáveis examinadas. Isto é, tanto a quantidade de internações e procedimentos ambulatoriais, quanto a disponibilidade de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e hospitais é altamente dependente da disponibilidade de recursos, sejam próprios, transferidos ou alocados pela política setorial (transferências SUS).

Como era de se esperar, a correlação estatística maior é entre oferta e os recursos SUS (0.971). Somente para disponibilidade de capacidade instalada, essas correlações são menores. Porém, mais uma vez a correlação com os recursos SUS é mais estreita. O mesmo ocorre para o número de hospitais.

Isso quer dizer que, se o recurso disponível fosse dobrado, espera-se ou é possível (estatisticamente) dobrar a produção atual em saúde. Por região, a

mesma tendência é observada, com exceção do Centro-Oeste e do Norte, onde mesmo a capacidade instalada guarda forte correlação com os recursos disponíveis. Isso atesta que nessas regiões os recursos estão muito vinculados à expansão física, o que é facilmente justificado pela proliferação de novos municípios nessas áreas e pelo maior crescimento demográfico que ocorreu nessas regiões nos últimos anos.

Tabela 3 – Oferta em saúde e indicadores selecionados/Coefficientes de correlação

Variável	Receita total (2000)	Transferências totais (2000)	Receita própria (2000)	Transferências SUS (2000)
Para o total de municípios (2003)				
Internação	0.934	0.947	0.903	0.971
Procedimentos ambulatoriais	0.945	0.950	0.919	0.986
UBS	0.630	0.689	0.561	0.759
Hospitais	0.757	0.808	0.709	0.838
NORTE				
Internação	0.960	0.972	0.921	0.974
Procedimentos ambulatoriais	0.991	0.991	0.981	0.985
UBS	0.965	0.956	0.957	0.934
Hospitais	0.972	0.975	0.941	0.957
NORDESTE				
Internação	0.955	0.960	0.887	0.966
Procedimentos ambulatoriais	0.982	0.956	0.950	0.991
UBS	0.900	0.905	0.825	0.905
Hospitais	0.923	0.935	0.846	0.934
SUDESTE				
Internação	0.977	0.974	0.965	0.986
Procedimentos ambulatoriais	0.975	0.970	0.962	0.989
UBS	0.700	0.732	0.656	0.775
Hospitais	0.867	0.895	0.843	0.882
SUL				
Internação	0.971	0.939	0.931	0.901
Procedimentos ambulatoriais	0.986	0.950	0.954	0.971
UBS	0.875	0.869	0.797	0.820
Hospitais	0.865	0.807	0.864	0.800
CENTRO-OESTE				
Internação	0.934	0.924	0.927	0.943
Procedimentos ambulatoriais	0.975	0.977	0.920	0.969
UBS	0.952	0.939	0.984	0.963
Hospitais	0.932	0.924	0.942	0.948

Tabela 3 – Oferta em saúde e indicadores selecionados/Coefficientes de correlação (continuação)

Variável	Receita total (2000)	Transferências totais (2000)	Receita própria (2000)	Transferências SUS (2000)
Municípios com população menor que 5 mil habitantes				
Internação	0.217	0.209	0.092	0.342
Procedimentos ambulatoriais	0.174	0.211	Não significativa	0.326
UBS	0.070*	Não significativa	Não significativa	0.242
Internação	0.094	Não significativa	0.092	0.306
Municípios com população de 5.001 a 20 mil habitantes				
Internação	0.422	0.488	0.181	0.615
Procedimentos ambulatoriais	0.445	0.492	0.221	0.579
UBS	0.357	0.396	0.098	0.422
Hospitais	0.183	0.207	Não significativa	0.425
Municípios com população de 20.001 a 100 mil habitantes				
Internação	0.449	0.481	0.325	0.719
Procedimentos ambulatoriais	0.593	0.576	0.504	0.689
UBS	0.288	0.309	0.193	0.538
Hospitais	0.108	0.140	Não significativa	0.517
Municípios com população maior que 100.001 habitantes				
Internação	0.944	0.945	0.617	0.760
Procedimentos ambulatoriais	0.946	0.944	0.655	0.801
UBS	0.930	0.931	0.573	0.729
Hospitais	0.976	0.986	0.753	0.840

* A correlação é significativa ao nível de 5%. Para todas as demais, a correlação é significativa ao nível de 1%.

É possível visualizar essas mesmas correlações por portes de municípios. A capacidade instalada, de maneira geral, não está tão associada à disponibilidade de recursos, com exceção dos grandes municípios (maiores de cem mil). Já a produção de serviços (internação e procedimentos ambulatoriais) está extremamente associada à disponibilidade de recursos, seja de qual fonte for, porém sempre com uma associação maior com os recursos SUS, o que é natural, dada uma série de gastos obrigatórios na área da saúde (como os de atenção básica, por exemplo, incluindo os gastos com Programa de Saúde da Família).

Nos municípios menores, a associação entre capacidade instalada e recursos não existe. Isso porque os mesmos possuem pouca capacidade própria e todo recurso está destinado à atenção básica via transferências SUS. É pequena a correlação entre capacidade instalada e transferência SUS.

Nos municípios de porte logo acima (com 5.001 a vinte mil habitantes), há uma maior associação entre os recursos SUS e a oferta e não há correlação estatística entre a oferta e os recursos próprios, o que é natural, dada a pouca participação desse tipo de fonte de recurso na receita total, como foi visto no item anterior.

Nos municípios de 20.001 a cem mil habitantes, as transferências SUS estão mais associadas ainda à oferta de saúde, sendo maior a correlação estatística entre receita e procedimentos ambulatoriais, o que se explica pela grande expansão do Programa de Saúde da Família nesse tipo de porte ou tamanho de município. Sublinhe-se que esses municípios podem ser vistos e caracterizados como mais dependentes dos recursos SUS.

Nos municípios maiores (mais de 100.001 habitantes), há uma estreita correlação estatística entre disponibilidade de recursos e oferta de serviços e capacidade instalada, sendo que essa correlação ocorre tanto com recursos próprios quanto com transferências SUS. Isso evidencia que há uma política de expansão da rede física e os recursos próprios estão tão associados ao gasto quanto à transferência SUS (por conta da EC 29).

A consequência é uma política menos dependente do SUS, com maior grau de liberdade, configurando uma trajetória própria, mais dependente da capacidade fiscal própria e menos dos recursos transferidos, seja pela partilha fiscal ou pelo SUS.

Esses dados evidenciam que o processo de descentralização na saúde, dependente do perfil de financiamento fiscal e setorial, desenhou um duplo sistema de saúde, pois dois grandes tipos de SUS (dependente e autônomo do recurso federal, seja fiscal ou setorial) podem ser visualizados e assim caracterizados:

a) O primeiro é dependente, com forte presença nas regiões Norte, Nordeste e também Centro-Oeste, onde são expressivas as participações das transferências no total da receita, incluindo a transferência SUS, sendo que essa tem maior peso relativo do que a receita própria. Da mesma forma, o *per capita* do SUS é maior do que o *per capita* de receita própria.

Esse modelo ganha força nos municípios menores, onde, além do fato desse perfil de participação se manter, os valores *per capita* de receita são bem maiores que os dos maiores centros. Dado que o recurso SUS (do ponto de vista *per capita*) é também pouco elástico em relação ao crescimento populacional, esse traço de desigualdade ou privilégio dos menores municípios se mantém. E os recursos provenientes das transferências totais, como se viu, reforçam enormemente esse mesmo perfil.

Esse é um SUS com fortes características de atenção básica, pouca expansão de rede física (a região Centro-Oeste aqui se distingue por apresentar uma forte correlação entre recursos e capacidade física), tendo sido foco de incentivos cumulativos nos últimos anos, por conta dos programas do PAB variável, como o Programa de Saúde da Família, em especial. É altamente dependente dos recursos federais, seja via transferência fiscal ou setorial. Deve-se esperar ali um forte impacto dos incentivos federais para a implementação de programas, isto é, um completo alinhamento com as diretrizes federais. Esse parece ser um SUS novo, ou melhor, o SUS fruto da descentralização da segunda metade da década de 1990 e dos incentivos vinculados a esse mesmo processo.

b) Um SUS autônomo, residente nas regiões Sudeste e Sul, e também nos maiores centros, onde as receitas próprias *per capita* são maiores do que as receitas de transferências (fiscal e setorial) e a participação dos recursos SUS e das transferências são decrescentes e pouco sensíveis ao crescimento populacional. Os recursos de transferência são apáticos à demanda e é o recurso próprio o maior responsável pelo incremento ou não do gasto setorial.

Esse é o SUS autônomo, pois dispõe de receita própria, e por isso mesmo pode ter relativa autonomia em relação às diretrizes federais. É nesse mesmo tipo de SUS que emerge com maior nitidez e vigor a dimensão público/privado, pois são as diferentes associações e parcerias público/privado – como, por exemplo, Organizações Sociais de Saúde (OSS) – que mais respondem pela provisão de serviços. Essas modalidades de intersecção são vitais para a operação do sistema de saúde e as variáveis político-institucionais (locais) podem ser decisivas para um melhor ou pior desempenho do sistema de saúde.

Conclusões

O enfoque escolhido para a compreensão das relações intergovernamentais no processo de descentralização da saúde se relaciona, de uma parte, com a trajetória histórica das instituições do setor da saúde, como foi discutido na primeira parte deste trabalho. O que alguns autores denominam da dependência de trajetória (*path dependence*) (Immergut, 1998; Peters, 1999) aponta ao fato de que a história é feita de conjunções críticas e nestas são realizadas as opções políticas e institucionais iniciais para um setor, com legitimação dos atores e definição de arranjos institucionais. Estas opções políticas assumidas se atualizam nas conjunturas políticas (Gerschman e Borges, 2004).

De uma outra parte, na conjuntura da democratização do país, os interesses pela defesa da Reforma Sanitária e os interesses representantes das instituições privadas de saúde se enfrentaram com projetos políticos próprios. Os resultados da contenda poderiam: a) fazer com que o vencedor imponha a sua vontade; b) se não houver vencedor, levar à negociação de um projeto híbrido; c) gerar a retirada estratégica de uma das partes e uma entrada, mais tarde, em condições propícias. Em definitivo, parece ter sido este o desenlace: com a desmobilização do movimento social e sanitário, após as conquistas consagradas na Constituição Nacional, os interesses consolidados ao longo da história da saúde e as suas instituições voltaram à arena política da saúde. A política da descentralização da saúde, mais do que resultante das determinações administrativas e legais inscritas na Constituição, expressa um processo de permanente desvio da proposta reformista e de difícil administração.

Os estados não têm tido preocupação bastante com seus governos locais. Dentre outros motivos, distingue a permanente crise fiscal em que estão submersos. Os enfrentamentos e as negociações com o governo federal são prioritários no quefazer político de governadores. Os estados se tornaram, portanto, instrumentos de pressão política e negociação para a obtenção de apoios dos governos nacionais, ao tempo que os governos nacionais conseguem apoio dos estados para aprovação de leis, artigos, medidas provisórias no Congresso, assim como apoios eleitorais.

Muitos dos municípios se multiplicaram em forma desmedida sem auferir nenhuma condição de gerir um governo próprio nem autonomia, seja de recursos, políticas e/ou infra-estrutura da saúde. E, fundamentalmente, reforçam ainda mais a heterogeneidade e a ingovernabilidade do processo de

municipalização da saúde – se for considerado que, em 2004, 70% dos municípios têm menos de dez mil habitantes. Observa-se, ainda, uma certa estagnação do processo de municipalização, regulado através da habilitação nas Normas Operacionais Básicas que regem o sistema descentralizado da saúde.

Finalmente, cabe lembrar que houve um acordo muito geral a respeito da descentralização, o qual envolveria, apenas, a necessidade de desconcentrar o poder político, econômico e administrativo que o regime militar centralizava na União, tal como recomendado pelos organismos internacionais. Ou se trataria de aproximar a sociedade ao centro das decisões políticas, gerando uma democracia participativa. Sob esta última perspectiva, grupos de interesse conflitantes se materializaram na arena do SUS, trazendo à luz as diferenças entre os atores políticos com assento nas instâncias institucionais das políticas de saúde presentes nas três esferas da Federação.

A existência de interesses conflitantes – expressão das profundas heterogeneidades populacionais e desigualdades sociais entre regiões, estados e municípios – dificultou ainda mais a construção de acordos cooperativos. Mas, ainda, o processo de descentralização tendeu a reproduzir as diferenças existentes.

O processo de formação desmedida de municípios até o presente caracterizou-se por ter acontecido pela barganha de interesses locais que encontraram amparo na legislação, sem que obedeça a uma estratégia nacional. Tal situação produziu, em parte, uma fragmentação e heterogeneidade regional, estadual e municipal num território de dimensão continental e no qual pactos federativos parecem se superpor a uma estrutura de poder de instituições estaduais e municipais bastante consolidadas historicamente.

Muitos dos municípios, tal como hoje existem, resultado de uma concessão política relacionada à conjuntura específica da democratização do país, não possuem condições de exercer o autogoverno. No melhor dos casos, poderia se esperar desses municípios serviços básicos e/ou atenção primária à saúde da população.

A construção de um pacto cooperativo nos moldes previstos constitucionalmente, ou seja, com ampla participação da sociedade, suporia uma profunda alteração do Estado, fundada no reconhecimento e no consenso de, antes de mais nada, diminuir as profundas desigualdades sociais na população e nas regiões do país e na transferência de poder político para os novos entes federados descentralizados. Isto suporia que a coluna vertebral do sistema federativo se localizaria na base do sistema.

A combinação da distribuição de recursos fiscal e setorial (modelo de federalismo fiscal e as regras de partilha internas ao SUS) viabilizou, ou melhor, desenhou um SUS com características bastante diversas segundo regiões e portes de municípios.

Se antes a face da iniquidade do sistema de saúde aparecia pelo privilegiamento das regiões mais ricas, hoje esse processo é bem mais complexo. A iniquidade emerge pela pouca elasticidade ou sensibilidade da transferência (seja SUS ou fiscal) frente ao porte populacional, sendo que são nessas mesmas regiões os locais onde se concentram hoje a nova pobreza e os novos riscos sociais (como violência, por exemplo) e onde a desigualdade social pode ser até mais intensa do que nas áreas onde predomina o SUS dependente.

Considera-se que resolver esse enorme desafio – de melhor combinar esses dois tipos de partilha (fiscal e setorial) – parece ser um caminho necessário para efetivar um processo de descentralização menos desigual. O sucesso do processo de descentralização é altamente dependente da disponibilidade de fundos para o cumprimento das atribuições e prioridades locais e, quando se examina a evolução do gasto social federal por área de atuação, observa-se que a participação dos gastos com saúde se mantém quase constante no período assinalado, em torno de 14,1% do gasto total no período de 1995 a 2001, conforme o Ipea.

Por último, os resultados da descentralização são afetados pela capacidade administrativa e financeira dos próprios municípios, pelo processo de recentralização dos recursos da saúde, pelos direcionamentos das políticas de saúde orientadas para a atenção primária e focalizada, pelos compromissos financeiros internacionais que restringem o financiamento das políticas de saúde e por uma adesão cada vez mais minguante ao processo de municipalização da saúde induzido via Normas Operacionais.*

* As autoras contaram com o apoio estatístico de Carla Lourenço Tavares - DAPs/Ensp/Fiocruz e Nadia Pinheiro Dini - Fundação Seade.

Referências bibliográficas

- ABRUCIO, F. L. *Descentralização e coordenação federativa no Brasil: lições dos anos FHC*. Brasília, 2004. (Mimeo.)
- BRASIL. Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1987.
- BRASIL. Relatório da 9ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1992. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
- BIASOTTO, G. Padrões de financiamento e tendência de composição do gasto com saúde. In: SEMINÁRIO A REGULAÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO NAS AMÉRICAS, 2003, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro, 2003.
- BORGES, S. M. A. & GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, provedores, pagadores e credores. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3): 795-806, 2004.
- CONSTITUIÇÃO NACIONAL 1988. Título III, Da Ordem Social, Capítulos I e II. Disponível em: <www.planalto.gov.br>.
- GERSCHMAN, S. Municipalização e inovação gerencial. Um balanço da década dos 90. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 417-435, 2001.
- GERSCHMAN, S. *A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- GERSCHMAN, S. & BORGES, A. O SUS como desdobramento das políticas de saúde do século XX: uma leitura baseada no neoinstitucionalismo histórico. In: ENCONTRO NACIONAL DA ABCP, 4, 2004, Rio de Janeiro. Disponível em: <www.cienciapolitica.org.br>.
- HOCHMAN, G. & FONSECA, C. A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde em debate no Estado Novo. In: GOMES, A. C. *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV, 2000.
- HUTCHINSON, P. L. & LAFOND, A. K. *Monitoring and Evaluation of Decentralization Reforms in Developing Country Health Sector*. Bethesda, MD: The Partners of Health Reforms Project/ABT Associates INC., 2004.
- IMMERGUT, E. M. The theoretical core of new institutionalism. *Politics & Society*, 26(1): 5-34, 1998.
- KILSTAJN, S. et al. Gasto privado por classes de renda. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48(3): 258-262, 2002.
- LIMA, L. D. *Federalismo fiscal e financiamento da política de saúde no Brasil: condicionantes e resultados das transferências de recursos federais no SUS*. Rio de Janeiro, 2005. (Mimeo.)

- LUZ, M. T. As Conferências Nacionais de Saúde e as políticas de saúde da década de 80. In: Guimarães, R. & Tavares, R. (Orgs.). *Saúde e Sociedade no Brasil nos Anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Abrasco/IMS-UERJ, 1994.
- MEDICI, A. C. *Financing Health Policies in Brazil: achievements, challenges and proposals*. Sustainable Development Technical Department Papers Series. Inter-American Development Bank, 2002.
- MENDES, V. E. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MISOCZKY, M. C. A. O Banco Mundial e a reconfiguração do campo das agências internacionais de saúde. *Revista de Administração Pública*, 37(1): 75-98, 2002.
- PETERS, B. G. *Institutional Theory in Political Science: the new institutionalism*. Cassel Academic, 1999.
- PIERSON, P. & SCOKPOL, T. Historical institutionalism in contemporary political science. In: KATZNELSON, I. & MILLER, H. (Eds.). *Political Science: the state of the discipline*. New York: WW Norton and Company, 2004.
- PRADO, S.; QUADROS, W. & CAVALCANTI, C. E. *Partilha de Recursos na Federação Brasileira*. São Paulo: Fapesp/Ipea/Fundap, 2003.
- REZENDE, F. Apresentação. In: PRADO, S.; QUADROS, W. & CAVALCANTI, C. E. *Partilha de Recursos na Federação Brasileira*. São Paulo: Fapesp/Ipea/Fundap, 2003.
- REZENDE, F. & OLIVEIRA, F. A. *Descentralização e Federalismo Fiscal no Brasil*. São Paulo: FGV/Konrad Adenauer Stiftung, 2003.
- SANTOS, W. G. dos. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.
- SOUZA, C. Federalismo e conflitos redistributivos: disputa dos estados por recursos orçamentários federais. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, 46(2): 345-384, 2003.
- VIANA, A. L. D'A. et al. Descentralização no SUS: efeitos da NOB 01/96. In: NEGRI, B. & VIANA, A. L. D'A. (Orgs.). *O SUS em Dez Anos de Desafio*. São Paulo: Sobravim/Cealag, 2002.

II. CONSELHOS DE SAÚDE: DILEMAS, AVANÇOS E DESAFIOS

Maria Eliana Labra

A teoria democrática participativa enfatiza a função educativa da participação em assuntos comunitários e políticos por criar classes de cidadãos capazes de sustentar a democracia. Através da participação ativa, os cidadãos tornam-se mais informados acerca do sistema político, desenvolvem um senso maior de sua própria eficácia e ampliam seus horizontes para além de seus estreitos interesses pessoais para considerar um bem público maior. (Merrefield, 2002 apud Leach e Scoones, 2003: 13, tradução nossa)

Os Conselhos de Saúde (CS) são espaços deliberativos integrantes da engenharia político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, constituindo uma inovação crucial para a democratização das decisões setoriais. No seu formato atual, existem há mais de uma década, funcionam em todas as unidades da Federação e seu número chega a cerca de 5.700, aí incluídos o Conselho Nacional de Saúde, o conselho do Distrito Federal, os dos estados e municípios, bem como os regionais, distritais e locais e os Conselhos Sanitários Indígenas. Certamente, essa miríade de instâncias de participação na Saúde constitui fenômeno inédito na América Latina e em outras latitudes, tanto pela sua extensão quanto pela massa de cidadãos nelas engajados voluntariamente.

Os CS configuram um riquíssimo fenômeno político, institucional, social e cultural cuja abordagem exigiria elaborações teóricas e conceituais, incursões históricas e fundamentações empíricas que, no plano mais geral, têm a ver com as transformações de toda ordem ocorridas nas relações entre Estado e sociedade no país, sob a influência de fatores internos e externos. A análise cabal dessa experiência demandaria, portanto, um empreendimento de fôlego que em muito excede os requerimentos deste capítulo. Tendo em conta essas limita-

ções, o propósito desta exposição é apresentar os CS à luz de duas perspectivas complementares: desde a esfera pública mais ampla, ou ‘macro’, e sob o prisma do funcionamento desses colegiados na prática, ou perspectiva ‘micro’. Dessa forma, o intuito é abordar o tema tomando como eixo analítico o contraste entre essas duas dimensões, apoiando-se, para tanto, em referências bibliográficas apenas indicativas de uma vasta literatura impossível de tratar adequadamente nos marcos desta exposição e deixando inevitáveis lacunas nos planos teórico, empírico e explicativo.

O pressuposto geral deste artigo tem a ver com um aspecto constatado na empiria, mas pouco explorado nas análises sobre os CS, relativo à dissonância entre as dimensões ‘macro’ e ‘micro’ do fenômeno participativo. De um lado, ao longo da década de 1990, observa-se a profusa multiplicação de arenas de deliberação e debate sobre os mais diversos temas de política pública nas quais participa, ao lado de agentes estatais, uma heterogeneidade de representantes de organizações da sociedade civil oriundas de todos os níveis da Federação e pontos geográficos do país. De outro, comprova-se que, na prática local concreta, os CS enfrentam enormes problemas de funcionamento, os quais incidiriam, em última instância, na legitimação e eficácia dessas arenas.

Um fator concorrente para esse paradoxo teria a ver com o descompasso entre dois processos que, nas democracias maduras, levaram bem mais do que um século para se alinhar: por um lado, a adesão formal dos governantes aos princípios republicanos e, por outro, a disseminação capilar desses valores no seio da sociedade. De fato, no Brasil, a avançada Constituição Federal de 1988 expressa a vontade dos legisladores de conduzir a Nação à plena democracia formal e substantiva. Entretanto, o processo de internalização desses valores, em si demorado, está nos primórdios, mesmo porque muito recente, de modo que as consequentes mudanças na cultura política e cívica ainda não se traduzem em crenças e comportamentos das elites, das instituições e incluso das organizações da sociedade civil afinados com esse ideal. Nesse sentido, poderíamos concordar com Cuenca (2005: A10) ao afirmar que “o programa democrático da Constituição de 1988 não foi posto em prática até hoje; o *apartheid* social, étnico e territorial brasileiro é visível”.

Em verdade, o complexo processo brasileiro de construção democrática apresenta dilemas provocados pelo impacto do projeto neoliberal global cuja raiz estaria, segundo Dagnino (2004), na ‘confluência perversa’ entre dois projetos políticos antagônicos: um, pelo qual lutou a sociedade civil, buscava a cida-

dania ampliada; o outro, opera com uma concepção minimalista do Estado, da política e da democracia.

Assim também, a investida neoliberal vem exacerbando as desigualdades estruturais que marcam historicamente o país. A modo de ilustração, é importante frisar que, no século XX, tanto o Produto Interno Bruto (PIB) como a população do Brasil cresceram cem vezes. Mas, em termos de distribuição das riquezas e da justiça social, foi um fracasso porque o PIB *per capita* cresceu 12 vezes, mantendo-se, com avanços e recuos, uma enorme concentração de renda: em 2000, a diferença entre os 10% mais pobres e os 10% mais ricos era de 47 vezes (IBGE, 2003).¹ É assim como o Brasil chega ao século XXI com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0.775, ocupando o 72º lugar entre o países com IDH médio (Pnud, 2004a).²

Já no campo cultural, chama a atenção a baixíssima adesão dos brasileiros aos valores democráticos, ocupando as posições mais desfavoráveis entre os países da América Latina: 59% não sabem o que significa a democracia³ (Latinobarómetro, 2002), enquanto apenas 30,6% se consideram democratas e 42,4% são simpáticos ao uso da força (Pnud, 2004).⁴ Quanto ao desempenho das instituições, mensuração de Transparência Brasil mostra que o país também ostenta os piores lugares na região latino-americana (corrupção – 3.9; eficácia da lei – 4.7; eficiência do sistema de saúde – 0.573), enquanto no Chile, que está na dianteira, os valores são, respectivamente: 7.4, 7.8 e 0.870⁵ (Abramo, 2000).⁶

Tanto as desigualdades como os valores apontados comprometem a confiança na democracia e nas instituições, incidem no engajamento cívico em ações coletivas e afetam a simetria nas relações entre os participantes das arenas de deliberação. Essa participação refere-se, porém, aos incluídos e não aos ‘invisí-

¹ O Brasil foi um dos cinco países com maior crescimento do PIB no século XX, figurando ao lado de Japão, Finlândia, Noruega e Coreia. Mas, quanto à concentração de renda, se no país o Índice de Gini chegava a 0.59 em 1999, o da Noruega, por exemplo, era de 0.26 (Filho, 2003).

² Argentina e Chile, por exemplo, situam-se entre os países com IDH alto, com 0.853 (34º lugar) e 0.839 (43º lugar), respectivamente.

³ A pergunta foi: “¿Qué significa la democracia?” O país mais próximo do Brasil nesse quesito foi El Salvador, com 41%.

⁴ A média latino-americana é, respectivamente, 43% e 30,5% (Pnud, 2004b).

⁵ Os índices de corrupção e eficácia da lei referem-se às percepções do universo sondado. O indicador de eficiência geral do sistema de saúde (EFSI) foi calculado com base em dados de 2000 da Organização Mundial da Saúde.

⁶ Salienta-se que, segundo Transparência Internacional, os primeiros oito países ‘corruptores’ são: Suécia (8.3), Austrália e Canadá (8.1), Áustria (7.8), Suíça (7.7), Holanda (7.4), Grã-Bretanha (7.2), Bélgica (6.8) e Alemanha e Estados Unidos (6.2). Cf. Abramo (2000).

veis'. Este contingente, que equivale a 50% da população brasileira, é constituído, como afirma Grzybowski (2004: 180), por “aqueles que não formam parte da sociedade civil simplesmente porque não têm identidade, projeto, organização social e forma de luta para afirmar-se, defender-se, para conquistar direitos e reconhecimento”, são aqueles “politicamente destituídos de todo poder real”.

Levando-se em conta esse quadro de contradições, disparidades e tendências, no que segue será abordado o tema dos CS em seis tópicos. No primeiro, alude-se à herança política, econômica e social do regime militar a fim de referenciar as lutas pela democracia e pela participação nas decisões sobre as políticas de saúde. No segundo, é passada uma breve revista na mobilização popular pela saúde e alguns dos antecedentes que levaram à criação de arenas participativas no setor. No terceiro, há um panorama geral dos CS no momento atual, dando atenção aos aspectos normativos, formais.

No quarto tópico, busca-se dar uma visão ampliada ou ‘macro’ da intensa atividade participativa que vem se desenvolvendo na esfera pública em torno das lutas e propostas na saúde com vistas ao exercício do controle social. Conforme Gohn (2001: 35), trata-se da configuração de espaços públicos que comportam “a interação entre os grupos organizados da sociedade, originários das mais diversas entidades, organizações, associações, movimentos sociais etc., destinados ao debate, face a face, dos problemas coletivos da sociedade”. A respeito do controle social, este se refere à relação entre Estado e sociedade e à possibilidade de a sociedade exercer o controle sobre a gestão pública através de mecanismos de participação social, sendo para tanto condição *sine qua non* a institucionalização e existência dos conselhos e a realização de conferências.

Quanto aos tópicos quinto e sexto, são medulares neste trabalho. Com base na análise de numerosos estudos e pesquisas, procedeu-se primeiramente a examinar aspectos relativos à prática concreta dos CS, seus problemas, potencialidades e desafios, dando atenção ao tema da representação, para, em seguida, a exposição ser encerrada com uma breve análise da dimensão associativa que está por trás da representação nos CS, procurando explorar sua relação com o funcionamento dos CS.

Os legados do(s) autoritarismo(s)

A moderna e pluralista democracia brasileira atual é muito jovem: está cumprindo apenas vinte anos, tempo em absoluto suficiente para a constru-

ção de poderes públicos plenamente sintonizados com os valores republicanos e a cidadania plena que a Constituição Federal de 1988 encarna. Sobre tudo, pesam os fatores políticos, econômicos e sociais que negativamente acompanharam a construção histórica da Nação, a começar pela política escravista do Império, abolida tão somente em 1888. A essa infortunada herança acrescenta-se o tumultuado desenvolvimento político do Brasil moderno. Em rápida cronologia, deve-se lembrar a substituição do Poder Imperial, em 1889, por governos provisórios; a promulgação, em 1891, da Constituição dos Estados Unidos do Brasil, que instaurou a República Federativa como modo pró-forma de o poder central exercer o controle territorial; a ditadura Vargas (1930-1945) e sua estratégia corporativa de dominação; a breve vigência da democracia pluralista (1946-1964); o regime militar (1964-1984); e, a partir de então, o retorno à democracia com a assunção do primeiro presidente civil após vinte anos de ditadura.

O regime militar que se instalou no poder, em abril de 1964, cumpriu vários cometidos coerentes com a sua missão de moldar uma nova sociedade, a começar pela despolitização das instâncias políticas e sociais de pensamento e ação engajadas na luta por uma sociedade mais justa, deixando sua ‘impronta’ autoritária nos planos político, econômico e social, cujos efeitos ainda se fazem sentir.

No plano político, houve alternância periódica de generais na presidência da República, foi reaberto o Congresso Nacional, embora podado de suas funções essenciais, e preenchidas as cadeiras parlamentares mediante eleições controladas. Para tanto, foram criados dois partidos políticos, um da situação e outro de pseudo-oposição que logo assumiu seu real papel enfrentando a ditadura. Dessa breve resenha, ressalta-se a questão partidária, muito importante para a presente discussão.

Como se disse anteriormente, no século XX e até o golpe militar de 1964, o Brasil viveu sob uma democracia pluralista durante menos de 18 anos, período curto em extremo para o desenvolvimento de um sistema de partidos políticos fortes, programáticos, enraizados na sociedade e aptos a desempenhar seu papel histórico de canalizadores de demandas societárias e promotores de políticas públicas de interesse geral. Sob os diversos autoritarismos que sufocaram o florescimento da democracia, não somente as esquerdas foram mutiladas como as lideranças políticas, patronais e sindicais foram cooptadas em troca de benesses e privilégios, preservando-se, assim, o viés de uma cultura política autoritária e clientelista. Não somente a legislação relativa à escolha de re-

presentantes para o Congresso Nacional favorece os estados menores e mais atrasados, como as regras do jogo eleitoral foram e ainda são casuísticas dado que mudam a cada novo pleito para atender interesses do momento. Os efeitos desse *modus operandi* nos partidos políticos têm sido arrasadores na medida em que apresentam grande dificuldade de se ‘nacionalizar’, são frágeis, suas identidades são difusas, com afiliação volátil e vocação voltada, em grande medida, como sinaliza Bezerra (1999), para demandas das bases eleitorais que são atendidas como um favor pessoal em troca do voto.

Considerando esse quadro, os movimentos e as organizações sociais, ao contrário de muitas outras experiências, surgem e se desenvolvem no Brasil sem imbricações importantes com os partidos políticos. Este fato explicaria, em boa medida, a centralidade que ganharam esses movimentos na luta pela democratização, a qual facilitou, por exemplo, a emergência do Partido dos Trabalhadores (PT), primeira agremiação política de raiz popular do país, e do Movimento dos Sem Terra (MST).

No plano econômico, os militares desenharam grandes projetos de desenvolvimento nacional, chegando a promover um ‘milagre econômico’ que, no começo da década de 1970, levou o país a se situar entre as dez nações mais industrializadas do mundo. Para tanto, a Administração Pública foi modernizada e foram fortalecidos os segmentos da máquina estatal ligada aos setores dinâmicos da economia. Como o ‘milagre’, porém, careceu de bases estruturais sólidas, foi se dissipando assim que se abateram no país as sucessivas crises internacionais. No entanto, o projeto Brasil Potência deixou saldos positivos, por exemplo, nas áreas de infra-estrutura rodoviária e industrial, pesquisa e desenvolvimento em ciência e tecnologia e um sistema de formação de uma *intelligentzia*, ímpar na América Latina, cujos quadros vão formular projetos alternativos para o país, neles incluída a proposta de reforma sanitária.

Nas décadas de 1960 e 1970, ocorreu acelerado crescimento demográfico e intensa migração do campo para as cidades, urbanizando-se o país de forma extraordinariamente rápida. Além disso, o enorme desenvolvimento do pólo industrial de São Paulo levou a uma maciça concentração de operários dos quais surgiram vanguardas que vão ter papel fundamental na educação política dos trabalhadores e na gestação do PT, coadjuvadas pela Ação Católica através das Comunidades Eclesiais de Base e sob inspiração do ideário de Paulo Freire, surgindo, assim, verdadeiras escolas de conscientização cívica.

Mas o desvanecimento do ‘milagre’ deixou um legado de instabilidade econômica, fiscal e monetária, inflação crescente, depreciação salarial e desemprego, além de periferias urbanas inchadas de famílias sem condições mínimas de ter uma vida digna, agravadas pela ausência de planejamento público. Como afirma Silva (2002), o resultado foi a segregação do espaço urbano entre territórios providos de serviços de infra-estrutura e áreas periféricas desprovidas de acesso a serviços públicos. As graves consequências sociais desse processo se fizeram sentir agudamente na década de 1980, acelerando o desgaste do regime militar no mesmo passo da a mobilização social.

No plano social, a idéia de que o ‘bolo’ primeiro devia crescer para depois repartir os excedentes guiou as políticas sociais. Assim, os governos de fato não desenharam qualquer plano destinado a redistribuir rendas, atenuar a iniquidade ou diminuir as abissais taxas de pobreza e indigência evidenciadas na década de 1980. Neste aspecto, haveria semelhanças com os demais países latino-americanos porquanto, independentemente do regime político, a dívida social cresceu exponencialmente, com uma fundamental ressalva: no Brasil, as desigualdades se aprofundaram a ponto de hoje ostentar um dos piores indicadores do mundo.

É importante salientar que, nas décadas de 1970 e 1980, no Brasil ainda não se fez sentir com força a influência da ideologia neoliberal e das recomendações das agências internacionais de crédito para privatizar a educação, a seguridade social, a saúde e os serviços estatais ligados às condições de bem-estar e saúde (coleta de lixo, água potável, redes de esgotos etc.). Com efeito, os governos militares realizaram ‘racionalizações’ de cunho estatizante, ou seja, em direção contrária às orientações neoliberais. No campo social, essas políticas – iniciadas em 1967 – compreenderam, entre outras, a unificação dos institutos previdenciários e a extensão dos benefícios e serviços aos trabalhadores rurais, domésticos e autônomos, por um lado. Mas, por outro, no âmbito da assistência médica e hospitalar, os serviços públicos continuaram insuficientes e restritos aos grandes centros urbanos, tudo o qual agravou a insatisfação popular.

Esse conjunto de fatores políticos, econômicos e sociais, unido à forma encapsulada e autoritária como eram tomadas as decisões, teve repercussões decisivas na conscientização da população quanto à necessidade de mudanças profundas no país. Configurou-se, enfim, um cenário carregado de esperanças quanto à possibilidade de a cidadania plena tornar-se realidade, aí incluído o direito a participar da formulação de políticas públicas capazes de assegurar o acesso a uma assistência médica e sanitária suficiente, equitativa e digna.

Movimentos sociais e Movimento Popular em Saúde

Os novos movimentos sociais urbanos se forjaram no Brasil nas lutas de resistência à ditadura no início da década de 1970. Na interpretação de Dagnino (2000: 80-83), o ‘novo’ dos movimentos sociais está em que, mais do que apontar para a democratização do regime político, tiveram como referência “a democratização da sociedade como um todo, incluindo, portanto, as práticas culturais encarnadas em relações sociais de exclusão e desigualdade”. A desigualdade econômica e os níveis extremos de pobreza são os aspectos mais visíveis de uma organização desigual e hierárquica das relações sociais em seu conjunto, que a autora chama de ‘autoritarismo social’. E foi essa percepção que, no final da década de 1970 e durante a de 1980, levou os movimentos sociais não apenas a pleitear direitos sociais, mas a lutar pelo “próprio direito a ter direitos”. Para as pessoas pobres, isso significava lutar para serem reconhecidas como “sujeitos portadores de direitos, como cidadãos” (Dagnino, 2000: 80-83).

Todavia, é justamente esse projeto de democracia ampliada, que também “se expressa na criação de espaços públicos e na crescente participação da sociedade civil nos processos de discussão e tomada de decisão relacionados com as questões e políticas públicas”, para o qual o neoliberalismo conflui de forma perversa com seu projeto de “Estado mínimo que se isenta progressivamente de seu papel garantido de direitos, através do encolhimento de suas responsabilidades sociais e sua transferência para a sociedade civil” (Dagnino, 2004: 96).

As referências dessa autora são de importância crucial para aqui situar o desabrochar do Movimento Popular em Saúde e, mais adiante, para compreender as vicissitudes que as múltiplas manifestações desse movimento coletivo, hoje institucionalizadas e se fazendo representar nos espaços públicos de deliberação (como são os CS), enfrentam no cotidiano para não deixar esmorecer a utopia da cidadania ampliada.

Há consenso em situar as origens dos movimentos populares em saúde na década de 1960, com os protestos contra a carestia e reivindicações formais no plano da assistência à saúde mediante abaixo-assinados. Mas é na década de 1970 que esse movimento social se amplia e dá um salto qualitativo ao questionar de forma mais orgânica a qualidade dos serviços e a própria política de saúde, como bem mostra Gerschman (1995). Em São Paulo, a Associação Popular de Saúde, fundada em 1975, inicia em diferentes bairros debates sobre o atendimento hospitalar, daí resultando um levantamento da situa-

ção de saúde da população. Os resultados foram apresentados em assembleias e seminários, discutindo-se as relações entre saúde e condições de vida, salário, habitação e alimentação, bem como atenção preventiva, curativa e de emergência. Em outros pontos do país, como Rio de Janeiro, na mesma época surgiram iniciativas semelhantes, proliferando eventos aos quais se somaram as associações de bairro, movimentos de mulheres e alguns sindicatos. Assim mesmo, foi em São Paulo que a partir de 1979 foram criados os primeiros Conselhos Populares de Saúde, chegando em curto tempo a 12 no total (Faria e Jatene, 1995).

No início de 1980, esse movimento se amplia nacionalmente e se torna mais denso. Junto com o surgimento de mobilizações específicas que vinham da década anterior como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que culmina na década de 1990 com a reforma psiquiátrica ocorre a articulação do Movimento Popular em Saúde com um amplo elenco de atores, entre os quais contam entidades da sociedade civil e da academia, lideranças partidárias e parlamentares, associações profissionais, técnicos e funcionários das instituições de saúde. Nessa linha, ressaltamos a criação de duas associações de direito privado: o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), em 1982, que teve papel fundamental no envolvimento do Movimento Popular em Saúde nas discussões sobre mudanças no setor, e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), em 1986.

Em termos gerais, à medida que os movimentos sociais passam de reivindicações instrumentais para formas de ação coletiva mais politizada, como bem analisa Gerschman (1995), surge também a forma ‘conselho’, embora com transições importantes.

Segundo a revisão de Tatagiba (2002: 53-54), nas décadas de 1970 e 1980 eram comuns os ‘conselhos comunitários’, cujo objetivo era “servir de espaço de apresentação das demandas da comunidade junto às elites políticas locais, numa relação que renova a tradicional relação clientelista entre Estado e sociedade”. São também criados ‘conselhos populares’ pelos próprios movimentos sociais, “que têm como características um nível menor de formalização, o não envolvimento institucional” e “a defesa da autonomia” em relação ao Estado e aos partidos políticos. Havia ainda ‘conselhos administrativos’, “voltados ao gerenciamento direto e participativo das unidades prestadoras de serviços (escolas, creches, hospitais etc.), mas que não possuem poder para influir no desenho das políticas públicas da área em questão”.

Em concordância com esses processos, elevam-se clamores por participação, termo este que vai se tornar articulador das demandas e mobilizações e propulsor da criação de canais, discutindo-se, a partir daí, como e quais seriam esses canais (Gohn, 2001). A forma conselho foi o desfecho esperado, o qual necessariamente vai levar à necessidade de qualificar a participação.

Embora os conselhos oficiais não sejam arranjos inéditos no Brasil, já que o ‘Estado-Previdência’ moldado na década de 1930 “envolveu inúmeros conselhos, localizados em distintos pontos da estrutura federativa ou dos processos decisórios das políticas sociais setoriais”, atualmente a novidade é que passaram a ser parte constitutiva de várias áreas de política (Draibe, 1998: 1). Como será visto no tópico seguinte, este é o caso dos CS, que surgem de propostas de criação de canais de articulação entre sociedade civil e instituições do setor saúde como parte da transformação da institucionalidade vigente materializada no SUS.

Conselhos de Saúde: antecedentes e institucionalização⁷

No início de 1980, o país vivia um clima de distensão política enquanto vinha à tona mais uma crise da Previdência Social,⁸ aguçada pela necessidade de estender a cobertura assistencial aos novos contingentes de segurados, circunstância esta que propiciou o surgimento de propostas alternativas. A primeira delas foi impulsionada pela Conferência de Alma-Ata (1978) e suas recomendações de extensão da cobertura dos serviços públicos de atenção primária às populações carentes com participação comunitária no nível local.

O resultado disso foi a formulação, em 1980, do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) por técnicos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e do Ministério da Saúde, que incluía a participação comunitária. Embora não tenha vingado, essa iniciativa levou à elaboração do programa Ações Integradas de Saúde (AIS), que abrangia a assistência médica e a saúde pública e contemplava articulações interinstitucionais com participação de representantes de organizações sociais.

Mais adiante, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde possibilitou a agregação de representações de todos os setores engajados na Reforma Sanitária.

⁷ Sobre este tópico, ver a pioneira contribuição de Carvalho (1995).

⁸ Desde suas origens, o sistema previdenciário sempre esteve em crise devido a fatores estruturais e conjunturais associados a seu financiamento (Cordeiro, 1991).

Dessa conferência, saíram propostas radicais, entre elas, a de instaurar uma gestão democrática que incluísse a participação dos cidadãos comuns de forma a propiciar o controle social sobre a produção e execução das políticas setoriais.

Entre os desdobramentos desse evento, em 1987 surge o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (Suds), cujas principais diretrizes vão coadjuvar no desenho do SUS. Fez parte da estratégia do Suds a criação das seguintes instâncias colegiadas: Comissão Interinstitucional de Planejamento e Coordenação (Ciplan), Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) e Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (Cris), bem como a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (Cims) e a Comissão Local Interinstitucional de Saúde (Clis), que contemplavam a participação de entidades comunitárias, sindicais e gremiais (Cordeiro, 1991). Esse ensaio, embora muito tímido, demonstrou a real possibilidade de inovar nas aproximações com organizações da sociedade civil mediante a inclusão de arenas participativas na engenharia institucional do setor.

Os novos lineamentos unificadores na saúde traduzem, de forma inédita, a combinação das lutas no plano sociopolítico e cultural pela ampliação de direitos de cidadania com as pugnas setoriais pela profunda transformação do modelo assistencial e sanitário, até a culminação na proposta do SUS apresentada ao Congresso Constituinte de 1988. E na vitória final foi decisiva a pressão da Plenária Nacional de Entidades de Saúde, sustentada pelo amplo espectro de forças até então acumuladas em torno ao projeto reformador (Gerschman, 1995).

Quanto à Constituição Federal de 1988, consignou novos fundamentos para o dever da participação dos cidadãos nas decisões de governo: a participação ‘direta’, mediante sufrágio, para escolha dos representantes do povo a cargos eletivos e para fins de plebiscito e referendo; e ‘indireta’, através de ação popular e da participação da comunidade na gestão da Seguridade Social, que constitucionalmente compreende Previdência, Assistência e Saúde, com o propósito de garantir o caráter democrático da tomada de decisões (CF, 1988, artigos 194 e 198).

Em decorrência dos preceitos da Carta Magna, em 1990 foram promulgadas as duas leis fundamentais do SUS: a n. 8.080 e a n. 8.142. A segunda dispõe, entre outras providências, sobre a participação da comunidade na gestão, em cada esfera de governo, em duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A respeito dos CS, a Lei n. 8.142 reza:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de ser-

viço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (Art. 1º, inc. 2º). (...) a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. (Art. 1º, inc. 4º)

Essas diretrizes foram confirmadas em resoluções do Conselho Nacional de Saúde, sendo última delas a Resolução n. 333, de 4 de novembro de 2003, que aprova “Diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde”. Esta norma considera que os CS têm sido “consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada”, representando “um pólo de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas demais esferas da ação do Estado”. Reitera que o CS, que deve ser criado por lei estadual ou municipal e ter Regimento Interno, é “órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios” e atua “na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros”.

A mesma diretriz reafirma o princípio da paridade na composição do CS, distribuindo-se os membros da seguinte forma: a) 50% de entidades de usuários; b) 25% de entidades dos trabalhadores de saúde; c) 25% de representação de governo e de prestadores de serviços privados conveniados. Quanto aos representantes, devem ser indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos, entidades ou fóruns próprios e independentes. A duração do mandato do conselheiro é de dois anos, podendo ser reconduzido por igual período. A função de conselheiro é *ad-honorem* e considera-se de relevância pública.⁹ As sessões plenárias são abertas ao público e devem ocorrer pelo menos uma vez ao mês, podendo haver reuniões extraordinárias. Os membros do CS também podem instalar comissões temáticas e grupos de trabalho. Quanto à autonomia, os governos devem garantir pleno funcionamento do CS, dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa, além da liberação dos funcionários escolhidos para se desempenharem como conselheiros.

⁹ A consideração da função como sendo de relevância pública “garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde” (Resolução CNS n. 333/2003).

As leis do SUS acima mencionadas e a edição das Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993 e 1996, relativas à descentralização, fomentaram a criação dos CS. Particularmente a última, implementada a partir de 1998, deu impulso definitivo à disseminação dos colegiados em todo o país devido, sobretudo, à exigência do funcionamento destes para o Ministério da Saúde repassar recursos financeiros a estados e municípios para diversos programas. Dessas exigências, as que aqui interessam referem-se à obrigatoriedade, por parte do gestor do SUS, no nível que corresponda, de submeter anualmente ao CS o Plano de Saúde, a Programação Pactuada e Integrada (ações, metas e orçamento) e o Relatório de Gestão em tempo prévio hábil para permitir a discussão pertinente.

Acrescente-se que, a partir da Lei n. 9.836, de 1999, relativa à Saúde dos Povos Indígenas, a organização da atenção a eles destinada centra-se atualmente em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) administrados pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), do Ministério da Saúde. Em virtude da legislação, foram criados CS em cada Dsei, igualmente de composição paritária, e realizadas três Conferências Nacionais de Saúde Indígena. A última destas, que teve lugar em maio de 2001, contou com 638 participantes, dos quais 319 (50%) representavam usuários escolhidos pelas comunidades. A respeito do controle social, a Funasa afirma que “o processo de estruturação da atenção à saúde dos povos indígenas está fortemente calcado na participação dos próprios índios, mediante suas lideranças e organizações”, observando-se “um avanço significativo na formação dos Conselhos Locais e Distritais” em todos os Dsei (MS/Funasa, 2004). Os Conselhos Distritais são integrados por representantes das comunidades indígenas, lideranças tradicionais, caciques e pajés.¹⁰ Entre as principais atribuições dos colegiados, constam: identificar as necessidades específicas em relação aos agravos de saúde que acometem esses povos; aprovar o Plano Distrital de Saúde; acompanhar e avaliar a execução do mesmo; e monitorar a aplicação dos recursos financeiros.¹¹

Os CS têm sido objeto de variadas pesquisas e publicações. No entanto, trata-se, em geral, de estudos de caso referidos a municípios. Assim, ainda care-

¹⁰ Estima-se que a população indígena alcança a quatrocentas mil pessoas, pertencentes a cerca de 215 povos, falantes de 180 línguas identificadas (MS/Funasa, 2004).

¹¹ A discussão sobre os CS Indígenas, embora muito incipiente, já aponta críticas à forma terceirizada como foi organizada a atenção à saúde e as contradições que daí decorrem, como a ‘conversão’ do controle social em ações de saúde executadas pelos próprios indígenas (Garnelo e Sampaio, 2003).

ceiros de um panorama mais abrangente dessas instâncias e isto se deve, em boa parte, ao tamanho do universo e aos elevados custos que envolveriam um cabal esquadramento. Contudo, esse quadro está começando a mudar com a criação no Ministério da Saúde, em 2003, da Secretaria de Gestão Participativa (SGP), cujos objetivos principais são: estimular e apoiar os CS através de uma avaliação permanente; fortalecer o controle social por meio das Conferências Nacionais de Saúde, da Rede Nacional de Conselhos de Saúde e da capacitação de conselheiros; promover a articulação entre níveis de gestão do SUS e a sociedade; coordenar a Ouvidoria Geral do SUS; realizar fóruns de usuários do SUS; e cooperar com entidades de defesa de direitos do cidadão.

Em concordância com tais propósitos, a SGP elaborou o projeto “Avaliação do impacto do controle social na formulação e implementação de políticas de saúde”, cuja etapa inicial contemplou a realização do primeiro cadastro nacional dos CS (MS/SGP, 2004a). Resultados preliminares desse levantamento mostram que, no país, há em funcionamento 5.559 conselhos municipais (um a menos que o total de municípios). Todavia, em relação à identificação individual, foram obtidas respostas de 50% dos CS, ou seja, ainda há dificuldades para aceder a esse universo na sua totalidade. Salienta-se a importância desse projeto, pois vai permitir, no futuro, se contar com um banco de dados para construir indicadores e desenhar um sistema de acompanhamento dos CS, além de outros usos para fins de investigação e análise.

Participação em saúde no espaço público

Uma consequência concreta da mobilização pela redefinição da noção de cidadania empreendida pelos movimentos sociais nas décadas de 1970 e 1980 tem sido, como afirma Dagnino (2002: 10, grifos do autor), “a emergência de experiências de construção de *espaços públicos*, tanto daqueles que visam promover o debate amplo no interior da sociedade civil sobre temas/interesses até então excluídos de uma agenda pública, como daqueles que se constituem como espaço de ampliação e democratização da gestão estatal”. Esses espaços têm se efetivado mediante a implementação de conselhos, fóruns, câmaras setoriais, orçamentos participativos etc.

Das experiências desse tipo, a de maior repercussão tem sido, sem dúvida, o Orçamento Participativo iniciado em Porto Alegre, em 1989, quando

o PT assume a gestão municipal. Esse exemplo de ampliação da esfera pública tem levado, inclusive, à busca de novas qualificações teóricas sobre a democracia, de modo a ultrapassar conceitos centrados nos procedimentos formais de alternância no poder. Central nessas reformulações é a consideração da participação social e da governança local, pois, como aponta Gohn (2001: 39), é neste nível que “os atores sociais se relacionam diretamente” e onde se torna mais difícil “reconfigurar formas e culturas políticas tradicionais, carregadas de estruturas clientelísticas e patrimonialistas”. Enfim, a influência do Orçamento Participativo no âmbito internacional tem levado autores como Rebecca Abers (2002), Boaventura Santos (2002) e Hilary Wainwright (2005) a tentar dar novos sentidos à democracia – participativa, redistributiva, deliberativa, associativa ou popular –, contribuindo, assim, para um rico debate que recém se inicia entre nós.

Na década de 1990, é inaugurada uma grande diversidade de espaços públicos que são, evidentemente, muito heterogêneos e comportam uma participação pautada por antagonismos, confrontos e disputas entre projetos políticos alternativos. No entanto, a grande inovação constitui o fato de traduzirem uma aposta generalizada na possibilidade de uma atuação conjunta, de ‘encontros’ entre o Estado e a sociedade civil (Dagnino, 2002). Tal como argumenta essa autora, a realização desses empreendimentos encontra seus maiores obstáculos no “autoritarismo social e nas visões hierárquicas e excludentes da sociedade e da política” (Dagnino, 2002: 280). Mas, justamente, mudar essa matriz cultural é o desafio mais relevante da democratização dos espaços públicos deliberativos e de diálogo entre o governo e a sociedade civil que proliferam no país. E há numerosos exemplos que ilustram esta afirmação, como os 25 Conselhos de Políticas Sociais existentes no nível federal em 1998 (Draibe, 1998) ou a elaboração, em 2003, do Plano Plurianual (PPA 2004-2007) do Governo Federal, mediante a realização de fóruns nas 27 unidades da Federação que envolveram a participação de cerca de cinco mil pessoas representando 2.170 organizações da sociedade civil (Presidência da República, 2004).¹²

Na área da saúde, desde 1990 em diante, a mobilização nacional tem sido de crescente intensidade, alcançando hoje proporções grandiosas se for consi-

¹² O processo de debate do PPA 2004-2007 congregou ampla gama de entidades: de trabalhadores e empregados, da cidade e do campo, das igrejas, da juventude, de defesa do meio ambiente, do consumidor e da igualdade de raça e gênero, associações culturais, movimentos sociais etc.

derada a multiplicação de espaços públicos temáticos. Entre 1986 e 2003, foram realizadas quatro Conferências Nacionais de Saúde, sempre antecedidas de conferências em cada estado, município, região e mesmo em estabelecimentos assistenciais. Além disso, têm acontecido numerosas conferências em temas específicos como Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Idoso, Saúde dos Povos Indígenas, Saúde e Meio Ambiente, Recursos Humanos, Ciência e Tecnologia, Vigilância Sanitária etc., e sobre patologias como DST/Aids entre muitas outras, às quais se somam inúmeros eventos de distinta natureza, como congressos, fóruns, encontros, seminários, oficinas, plenárias etc., que referendam a participação de representantes da sociedade civil em arenas onde fervilham propostas de novas políticas ou de reformulação das já implantadas, trocas de experiências e contatos entre grupos afins com vistas à formação de redes hoje facilitadas pela comunicação virtual.

Acrescenta-se, ainda, a realização de plenárias nacionais, regionais e estaduais dos CS. As plenárias foram produto de um movimento espontâneo que buscava um lugar de articulação, mobilização, capacitação e valorização dos conselheiros e de vigilância dos conselhos irregulares ou 'biônicos', e surgiram no I Congresso Nacional de Conselheiros de Saúde, ocorrido em 1995, em Salvador, realizando-se no ano seguinte a I Plenária Nacional. Quanto à periodicidade dos encontros, da coordenação e do funcionamento, foi formalizada em fins de 1997. Em 2001, teve lugar a X Plenária Nacional dos CS, que contou com 755 delegados, a maioria usuários, representando os 26 estados da Federação e o Distrito Federal.¹³ As plenárias trabalham atualmente de forma articulada com o Conselho Nacional de Saúde e funcionam em torno de dois eixos: um permanente, que é o Controle Social, e outro conjuntural, como o do financiamento, ao qual deram valiosa contribuição quando da discussão e aprovação da Emenda Constitucional n. 29, que determina a alocação de percentuais fixos dos orçamentos da União, dos estados e municípios para a saúde.

Várias outras iniciativas têm sido tomadas na esfera do Ministério da Saúde para reforçar o Controle Social, das quais serão mencionadas três a modo de ilustração. Uma delas é a criação do Conselho de Saúde Suplementar, no âmbito da Agência de Saúde Suplementar (ANS), integrado por 29 membros que representam, entre outros: governo, Conselho Nacional de Saú-

¹³ Relatório Final da X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Brasília, 18 a 20 nov. 2001. (Mimeo.)

de, Associações de Consumidores de Planos de Saúde, entidades de Defesa do Consumidor, associações de Portadores de Deficiência e Patologias Especiais, Central Única dos Trabalhadores, sindicatos, associações de profissionais da Medicina, da Odontologia e da Enfermagem, Confederação Nacional de Proprietários de Estabelecimentos de Saúde, Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e União Nacional das Cooperativas Médicas.

Outra se refere ao envolvimento da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, no I Encontro da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (Aneps), realizado em dezembro de 2003, com o objetivo de dar visibilidade às experiências de pequenos movimentos (luta pela terra, etnia, gênero e outros) e práticas (parteiras, benzedeiros, raizeiros), de áreas urbanas e rurais, que contribuem à sua maneira para a resolução dos problemas de saúde do povo brasileiro.

Por último, merece destaque o Programa Nacional de DST/Aids cuja coordenação, em parceria com uma diversidade de entidades, associações e organizações não-governamentais, tem igualmente realizado relevantes encontros e promovido estratégias de repercussão internacional.

Em outro plano, cabe registrar que, a fim de atender reiteradas reivindicações apresentadas pelos CS do país nas conferências de saúde, plenárias e outros eventos, o Ministério da Saúde, em conjunto com a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e outras instituições, executou o Programa de Capacitação para Conselheiros, que envolveu 35 mil participantes de todo o país. Esta bem-sucedida experiência, atualmente em fase de multiplicação mediante Pólos de Educação Permanente, teve como objetivo central fornecer aos conselheiros conhecimentos e instrumentos indispensáveis para o aprimoramento de seu desempenho nos CS e para o exercício do controle social de maneira informada e assertiva.

Do exposto até aqui, pode-se concluir que, na conjuntura atual, existe no setor saúde uma densa constelação de espaços de participação, interlocução e aprendizado cívico que envolve milhares de pessoas dedicadas a realizar um trabalho voluntário em prol da defesa do SUS, do controle social e da saúde da população. Quanto ao futuro, apresenta-se promissor em relação à expansão e ao fortalecimento dos CS, tudo o qual poderá certamente contribuir para elevar a qualidade da democracia brasileira. Até lá, no entanto, será preciso vencer uma infinidade de dificuldades que enfrentam os CS na prática concreta. Este ponto será tratado no tópico seguinte.

Conselhos de Saúde: os desafios do cotidiano

Como se disse anteriormente, os CS têm se constituído em um objeto de estudo que vem recebendo profusa atenção, ainda que na vasta produção existente predominem análises de casos singulares do nível municipal em particular. Embora este fato limite a generalização de conclusões, tais contribuições permitem apreciar que os colegiados, em maior ou menor medida, apresentam uma série de problemas que abrangem desde os estatutos e o funcionamento até a representatividade dos conselheiros e a inoperância do controle social. Esta parte da exposição está dedicada a sintetizar as principais dificuldades apontadas nas análises sobre os CS, também reiteradas nos relatórios da 9ª à 12ª Conferências de Saúde e em publicações do Conselho Nacional de Saúde (MS/CNS, 2002), também constatadas em revisões bibliográficas (Labra, 2002) e em pesquisas de campo como a de Gerschman (2004) e Labra (2003). A tudo isso soma-se a relevante revisão de Tatagiba (2002) da literatura referente a todos os conselhos gestores de políticas, que demonstra serem comuns a esses colegiados os problemas adiante apresentados, embora com nuances próprias da natureza da área de política de que se trate.

Antes de prosseguir, cabe advertir que o funcionamento ‘bom’, ‘regular’ ou ‘ruim’ de um CS depende da postura de apoio, indiferença ou rejeição das autoridades de turno. Desse modo, avaliações negativas em um dado momento podem ser positivas quando há mudança na correlação de forças políticas, como ilustra o caso de Porto Alegre, onde, durante os 12 anos de governo do PT, não só funcionaram os CS e outras instâncias colegiadas como foi instituído o Orçamento Participativo. A propósito de Porto Alegre e do estado do Rio Grande do Sul em geral, deve-se registrar que as experiências participativas desse estado afastam-se das ponderações negativas encontradas na literatura e isso se deve a razões vinculadas à particular história dos movimentos sociais urbanos gaúchos, como mostra Baierle (2000). Um exemplo diz respeito às conclusões positivas de pesquisa relativa a um CS municipal do Rio Grande do Sul, cujo sucesso é atribuído à capacidade das organizações sociais ‘de base’ em garantir a autonomia do CS e a eficácia do Controle Social, concluindo que “a postura democrática, transparente e participativa durante o processo de criação e implantação possibilitou um conselho crítico, combativo, coerente nas suas posições e principalmente autônomo em relação ao Executivo Municipal” (Gonçalves, 2003: 1).

Feitas essas ressalvas, o ponto em análise será ilustrado com a seguinte constatação do Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2001:

a falta de representatividade dos conselheiros, freqüentemente desarticulados das bases, instituições ou segmentos que representam, desmotivados e ausentes das reuniões, omissos em cumprir o seu papel nos fóruns, com pouca capacidade para formular propostas alternativas e efetivas aos problemas de saúde, sendo freqüentemente indicados clientelisticamente, dentro de um contexto geral de desorganização da sociedade civil. (MS, 2002: 46)

Já no Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em dezembro de 2003, afirma-se que os CS têm tido avanços significativos. Porém, se reconhece que:

enfrentam ainda obstáculos importantes, dentre os quais: o não exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; as precárias condições operacionais e de infra-estrutura; a ausência de outras formas de participação; a falta de uma cultura de transparência e de difusão de informações na gestão pública; e a baixa representatividade e legitimidade de alguns conselheiros nas relações com seus representados. (MS, 2004: 101)

No que segue, serão registrados mais em detalhe os problemas apontados no material examinado, no qual, em grande medida, se dá destaque ao ponto de vista dos conselheiros do segmento dos usuários.

- *Publicidade* – Em geral, os CS não são conhecidos pela população, salvo, quiçá, em municípios pequenos. Para isto concorre o fato de não utilizarem quaisquer meios (jornal, rádio, televisão, Internet etc.) para divulgar atividades ou iniciativas relacionadas com os programas de saúde ou com os problemas da comunidade. E quando existe essa divulgação, ela se restringe à afixação de breves notícias nos recintos dos serviços de saúde.

- *Participação da comunidade* – O desconhecimento dos objetivos, das funções e mesmo da utilidade do CS se traduz em uma adesão escassa ou inexistente da comunidade e, portanto, em baixo ou nulo envolvimento na eleição ou indicação de representantes para conselheiro no segmento dos usuários.

- *Papel do CS* – O CS é muito valorizado por todos aqueles que o conhecem ou dele participam. Entretanto, predomina a impressão de que é um

espaço para reivindicações específicas ou denúncias pontuais. A maior parte do tempo de cada reunião mensal é gasta na discussão de assuntos internos, sendo raros os debates de temas substantivos. Quanto ao Plano de Saúde, ao Orçamento e ao Relatório de Gestão, os conselheiros não têm papel relevante na discussão, convertendo-se em um mero ritual a aprovação dessas importantes peças da gestão.

- *Funcionamento interno* – Em geral, há baixo grau de conflito entre os segmentos de conselheiros, predominando comportamentos pautados por negociações e consensos. Todavia, há problemas generalizados em termos da precariedade das condições operacionais, infra-estrutura, comunicações e apoio financeiro e secretarial, aos quais se soma a dificuldade de haver quorum quando necessário devido à ausência de conselheiros.

- *Papel do gestor* – Há críticas generalizadas aos secretários de saúde (gestores ou seus representantes) por causa de atitudes tidas como irresponsáveis, nocivas ou desrespeitosas. Reclama-se que não discutem o orçamento nem prestam contas da sua execução; não acatam as resoluções do colegiado; definem de antemão ou manipulam a pauta de discussão e as deliberações; impõem decisões mediante um discurso tecnocrático; esquivam discussões de teor político; cooptam conselheiros ou lideranças comunitárias com artifícios clientelistas; preenchem o tempo com assuntos internos da gestão ou das corporações profissionais, tornando as reuniões meramente informativas de assuntos alheios aos interesses da comunidade; não controlam os prestadores privados e nem mesmo incentivam a expansão destes mediante a terceirização de serviços, sem qualquer consulta ao CS.

A respeito dos gestores, dados preliminares da pesquisa do Ministério da Saúde mostram que, dos CS municipais que responderam ao questionário, cerca de 90% eram presididos pelo secretário de Saúde (MS/SGP, 2004b). Todavia, este percentual poderá mudar à medida que for acatada a diretriz da Resolução n. 333/2003 relativa ao presidente, que poderá ser eleito entre os membros do CS em reunião plenária.

- *Relações com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB)* – Além da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de âmbito nacional, integrada por representantes do Ministério da Saúde e dos secretários de saúde de estados e municípios, existem em cada estado as CIB, que reúnem o secretário estadual e os representantes dos secretários municipais. Essas comissões têm caráter técnico e sua finalidade é assistir na elaboração de propostas para a implantação e

operacionalização do SUS. De acordo com as normas vigentes, essas arenas devem se submeter ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde e dos CS dos estados. No entanto, contrariamente a essa diretriz, tem sido evidenciado que o CS estadual tem sido ‘invadido’ ou deslocado pela CIB ao deliberar sobre assuntos que não seriam de sua incumbência, passando, inclusive, a ser considerada o lugar onde se tomam as decisões ‘reais’ devido ao peso político e preparo técnico de seus membros e à agilidade na resolução de problemas da gestão.

- *Composição, representação e representatividade* – Este é um problema recorrente e muito difícil de se resolver na prática. Com frequência, a composição do CS não segue o princípio da paridade e os critérios de escolha do representante são mal conhecidos. Ocorrem casos em que um mesmo conselheiro representa segmentos diferentes (por exemplo, usuários e prestadores) ou é um político em cargo eletivo (em geral, vereador). O conselheiro é indicado pelo prefeito ou o gestor ou por entidades alheias ao CS (Ordem dos Advogados do Brasil, clubes de serviço como Rotary e Lions etc.) ou por agremiações desconhecidas da comunidade. Os prestadores privados praticamente não participam, porque resolvem seus pleitos diretamente com o gestor ou seus funcionários e, quando presentes, coíbem a livre expressão dos demais conselheiros, em particular os do segmento dos usuários.

O tópico recém-examinado merece especial atenção. Os problemas ligados à representação e composição dos membros dos CS têm acompanhado a trajetória destes e têm sido objeto de reiterado exame nos fóruns e nas conferências da área. Justamente, coube às Plenárias da Saúde a iniciativa de mudar o regimento dos CS visando a padronizá-los, sobretudo, em termos da proporcionalidade das representações, por ser esta uma questão permanente em todos os colegiados, a começar pelo CNS. Como resultado, foram emitidos a citada Resolução n. 333/2003 e um decreto presidencial relativo ao Conselho Nacional de Saúde.¹⁴ Mas superar os entraves nesse âmbito está demonstrando ser uma tarefa difícil em extremo. Há pelo menos dois elementos a se considerar no exame da representatividade dos conselheiros, em particular os do segmento dos usuários: o primeiro está ligado ao conceito de representação e à forma como esta é efetivada; o segundo tem a ver com o representado, ou seja, com a entidade que escolhe ou indica seu represen-

¹⁴ Ver Decreto Presidencial n. 43, de 18 de novembro de 2003, que “dispõe sobre a composição do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências”.

tante no colegiado, sua natureza ou suas características e a forma como se relaciona tanto com seu representante como com a comunidade. A seguir, será feita uma breve referência ao primeiro aspecto para, no ponto sexto e último desta exposição, abordar a dimensão associativa que está por trás da representação nos CS.

Segundo a Resolução n. 333/2003, “a representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde”. Essa diretriz inclui uma longa lista de variadas ‘representações’ que, segundo ‘as especificidades locais’, poderão ter assento no CS.

Além do Governo, estão contempladas as seguintes entidades, associações ou organizações: portadores de patologias e deficiências; indígenas; aposentados e pensionistas; defesa do consumidor; ambientalistas; moradores; religiões; trabalhadores da área de saúde; sindicatos, federações e confederações de trabalhadores urbanos e rurais e conselhos de classe; instituições públicas; hospitais universitários e de estágio; comunidade científica; pesquisa e desenvolvimento; patrões; prestadores de serviços de saúde; movimentos sociais e populares; e organizações de mulheres em saúde (Resolução CNS n. 333, 2003).

Todavia, não somente essa listagem denota a abrangência e heterogeneidade dessas representações como não dá o devido relevo ao fato de serem as associações de moradores de bairro ou favela as que predominam entre os representantes dos usuários nos CS, posto que ocupam entre 65% e 75% dos assentos desse segmento. A este respeito cabe lembrar que os usuários de serviços em geral têm grande dificuldade para se agrupar porque seus interesses são difusos, de modo que encontram nas associações de vizinhança o canal mais próximo para veicular demandas. Não assim sucede com os portadores de patologias ou deficiências, por exemplo, cujos interesses são categóricos por definição e, portanto, contam com organizações bastante coesas. Por tudo isso, é muito difícil definir ‘quem’ e ‘de que forma’ poderá, *de lege*, ser eleito conselheiro. Este fato, por certo, traz infinidade de conseqüências para a almejada ‘representatividade’.

A esse propósito deve-se lembrar que ‘representação’ é termo polivalente, controverso, referido em geral à representação política. Trata-se de uma relação mediante a qual um indivíduo ou grupo atua em nome de um corpo maior de pessoas. Há vários modelos de representação: ‘fiduciária’, por ‘delegação’, por ‘mandato’ e ‘sociológica’ (Cotta, 1985; Heywood, 1997). No primeiro modelo, o representante carece de autonomia e atua por ins-

truções que lhe são dadas. No segundo, o representante tem autonomia e atuaria no interesse dos representados e do bem comum.

Na modalidade por ‘mandato’, o representante age em obediência às diretrizes do partido político que o indicou. Já a representação ‘sociológica’ se centra no organismo representativo considerado como um microcosmo que reproduz fielmente as características do corpo político – é ‘sociológica’ porque se refere a perfis ‘não políticos’, como religiosos, culturais, étnicos e raciais, de sexo etc. Por causa disso, critica-se que neste modelo os representantes só defenderiam interesses de grupo sem avançar na defesa do interesse geral. Por sua parte, ao estudar a associação de moradores de uma favela carioca, Paiva (2000) conclui tratar-se de uma ‘representação comunitária’ construída no espaço público mediante ações coletivas.

Conforme essa tipologia, a representação nos CS ora evoca o modelo por delegação, ora o sociológico e mesmo o comunitário. Porém, nenhum deles dá conta da representatividade. Um fator relacionado com essa questão diz respeito à proporcionalidade entre habitantes e conselheiro, que será examinada a seguir.

Segundo o levantamento do Ministério da Saúde, nos CS pesquisados a média de conselheiros titulares é de 15 aproximadamente, número que duplica nos municípios de mais de dois milhões de habitantes. Igualmente varia a razão habitantes/conselheiro: nos municípios pequenos (até cinco mil habitantes), a relação é de 280 pessoas, alcançando 175.187 pessoas nos de grande porte (dois milhões e mais) (MS/SGP, 2004a). Entretanto, deve-se considerar que o segmento dos conselheiros representantes dos usuários é crucial para se apreciar a representatividade da comunidade e as potencialidades do controle social. Com vistas a aferir a ‘qualidade’ da representação dos usuários, foi realizada uma pesquisa junto aos 12 CS distritais do município do Rio de Janeiro, que mostrou não existir qualquer proporcionalidade entre habitantes e conselheiro, constatando-se uma variação entre o máximo de 48 mil habitantes e um mínimo de oito mil por conselheiro do segmento dos usuários, aumentando a desproporção nas zonas mais carentes e povoadas da cidade (Labra, 2003).

Considerando que a representação dos usuários nos CS não é política e sim de interesses, pode-se concluir que não há como estabelecer qualquer fórmula ou quociente entre conselheiro e o número de pessoas da comunidade que deveria representar. E mesmo que se utilizasse a variável população territorial, seria inviável devido ao incontável número de conselhos que seria preciso instalar. Desse modo, parece que o problema é de solução praticamente impossível.

A dimensão associativa

Acompanhando os movimentos sociais, nas décadas de 1970 e 1980 as associações de vizinhança se multiplicaram. Na década de 1990, esse crescimento diminui enquanto se observa um processo de maior formalização legal impulsionado pela necessidade de atender às convocações dos conselhos gestores e das conferências setoriais. No âmbito setorial, nesse sentido tem sido preocupação permanente do Conselho Nacional de Saúde o aprimoramento das bases legais e dos estatutos dos CS, sobretudo no que tange a funcionamento, paridade e representação, como já examinado. Mas os conflitos permanecem.

Foi visto anteriormente que no segmento dos usuários predomina a representação das associações de moradores ou similares. Este fato merece destaque porquanto essas organizações cumprem papel mediador fundamental entre as comunidades e os poderes públicos, principalmente nas áreas menos abastadas onde, frente à omissão ou ineficiência das autoridades, tomam a si solucionar inúmeros problemas que abrangem saneamento básico, moradia e sua legalização, regularização de impostos e encargos sociais, co-gestão de postos de saúde e de escolas, espaços e programas de lazer e esportes, ademais da premente preocupação com violência e segurança. Além disso, são as encarregadas de indicar representantes não somente para os CS e eventos setoriais, mas também para a ampla gama de espaços públicos existentes em quase todas as áreas da atividade estatal nas três esferas da Federação. Em realidade, diante do acúmulo de incumbências e de escassez de recursos de toda ordem, para as associações de vizinhança a escolha ou indicação de representantes para os CS é apenas mais uma atividade, na qual seguramente não investem como esperado dado que dela não advêm retornos visíveis em termos da melhoria da atenção à saúde das comunidades. Sobre isto, diga-se de passagem que, como os serviços de saúde continuam a apresentar inúmeras deficiências no acesso e no atendimento, se justifica plenamente o fato de os conselheiros aproveitarem as reuniões do CS para expressar queixas e reivindicações nesse sentido.

A respeito do plano cultural, as associações de moradores tendem a reproduzir no seu interior traços semelhantes aos que atravessam a sociedade brasileira, como oligarquização da cúpula, clientelismo, escassa participação das comunidades, pouca ou nenhuma transparência nas decisões e prestações de contas etc. Esses vícios, unidos à baixa taxa de renovação dos dirigentes, repercutem no processo de escolha de representantes para o CS e na recondução da mesma pessoa, já que ela é feita sem consulta aberta às comunidades.

Em todo caso, na indicação do representante tem peso igual ou maior a experiência adquirida no cargo de conselheiro, já que seu desempenho não é uma tarefa fácil. Com efeito, o fato de os CS terem como atribuição atuar na formulação de políticas e no controle da execução significa que os conselheiros não-governamentais devem adquirir conhecimentos sobre assuntos relativos à gestão do SUS, como Planejamento, Orçamentação, Programação, Normatização, Direção e Gerência, Operacionalização, Execução, Controle e Avaliação (MS/CNS, 2002). É compreensível, portanto, que a experiência adquirida nessa atividade se torne um requisito crucial para a recondução da mesma pessoa ao cargo, que acaba se profissionalizando como conselheiro. E como para tanto deve ter um nível de educação e de renda superior à média da comunidade, os representantes dos usuários terminam se constituindo em uma elite profissional reforçada por certos privilégios de *status*, como acesso direto a políticos ou facilidades para encaminhar parentes e conhecidos a um serviço de saúde.

Quanto à relação entre o conselheiro e a associação que representa, têm sido constatadas situações extremas: por um lado, inexistência de contatos; por outro, uma relação direta e estreita, sendo que este último caso, bastante frequente, ocorre quando o conselheiro é ao mesmo tempo membro da diretoria de sua respectiva associação. Além disso, em geral, os conselheiros não consultam sua entidade previamente às reuniões do CS ou não dão conta àquela das suas atividades e, quando fazem isto, a entidade raramente repassa as informações à comunidade.

Voltando à dinâmica associativa, é preciso esclarecer que a baixa participação das comunidades nas atividades de sua associação não é um fato isolado senão que reflete um fenômeno mais amplo e generalizado: os baixos índices de participação dos brasileiros na vida associativa. Este ponto é muito relevante para esta discussão, porque reflete apatia e descrença da população na eficácia da participação e do engajamento cívico. Com efeito, estudos do tema, como Santos Júnior (2001), Ribeiro e Santos Júnior (2003), Ferreira (1999) e outros, têm apontado que no Brasil a taxa de participação política e associativa foi e continua sendo muito baixa, não obstante a democratização, o aperfeiçoamento do sistema eleitoral e a conquista de tantos espaços públicos de interação e deliberação. Ao comparar dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1988 com os de 1998, Ferreira mostra que praticamente não houve variação nesse período, mantendo-se os percentuais de afiliação próximos aos de 1998, que eram os

seguintes: associação de empregados – 1,9%; associação de bairro – 2,5%; partido político – 2,9%; associação religiosa – 5,0%; associação esportiva ou cultural – 10,0%; sindicato – 15,7%. Quanto ao contato com políticos, era de 7,9% (Ferreira, 1999).¹⁵

Aclara o autor que esses percentuais não se explicam pela escolaridade e a renda,¹⁶ e conclui que há um paradoxo entre o enorme crescimento de associações nas últimas décadas e os ínfimos percentuais de participação, que atribui ao descrédito da política como mecanismo de representação e resolução de conflitos e/ou à inexistência de organizações nas quais os brasileiros tenham confiança.

Por último, serão mencionadas as percepções de conselheiros do Rio de Janeiro sobre a experiência de participação no CS e o controle social. No que diz respeito ao primeiro ponto, participar do CS é, para a maioria, uma experiência muito positiva porque incentiva a superação pessoal e a elevação do nível educacional. Também desperta maior interesse pelos acontecimentos políticos e o funcionamento dos poderes públicos, permite conhecer de perto as políticas de saúde e a legislação e tomar consciência da importância da luta pelo direito à saúde e pela melhoria dos serviços. Essas constatações reiteram achados de Labra e Figueiredo (2002) e Fuks, Perissinotto e Ribeiro (2003), entre outros, no sentido de uma maior adesão a valores cívicos, embora estes últimos autores salientem, com toda propriedade, que o impacto da participação nos CS é sentido de forma diferenciada pelos diversos segmentos. Em suma, tal como reconhece o Conselho Nacional de Saúde, os CS constituiriam verdadeiros ‘pólos’ de educação cívica.

Quanto ao controle social, as respostas são contraditórias. De uma parte, muitos conselheiros não têm claro o que é controle social ou o confundem com a ‘vontade política’ das autoridades. De outra, entre os conselheiros do segmento dos usuários é praticamente unânime a opinião de que o controle social simplesmente não existe e nunca, talvez, vai ser exercido, por razões como as condições precárias ou anômalas de funcionamento dos CS, o desrespeito às deliberações dos conselheiros e à regra da paridade, a complexidade técnica das discussões e, ainda, as desigualdades sociais do país. Esses conselheiros, em resumo, não confiam na capacidade do poder público para atender sérios problemas existentes na atenção à saúde, nem credi-

¹⁵ Os dados se referem à Pesquisa Mensal de Emprego, do IBGE, que é realizada em Belo Horizonte, Recife, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Salvador e São Paulo. O autor explica o alto percentual de afiliação a sindicato pelos benefícios que este outorga. Cf. Ferreira (1999).

¹⁶ Para uma análise discordante, ver Santos Júnior (2001).

tam na possibilidade de os usuários exercerem de fato o controle social algum dia. Como afirmou um entrevistado, “o controle social é uma quimera, uma impossibilidade em uma sociedade de classes como a nossa, estruturalmente tão desigual” (Labra e Figueiredo, 2002: 545).

Considerações finais

Tendo como pano de fundo as transformações políticas, econômicas, sociais e culturais experimentadas no país nos últimos trinta anos, foi tomada como fio condutor da exposição a contraposição entre uma visão ampliada, ou ‘macro’, das múltiplas e ricas experiências coletivas de interação democrática que ocupam a esfera pública setorial, e uma visão restrita, ou ‘micro’, que se detém nos dilemas dos CS como espaços públicos de deliberação.

Os paradoxos que esses contrastes trouxeram à cena são evidentes. No plano geral, constata-se o imenso avanço no engajamento da sociedade civil em arenas de participação das políticas públicas. Todavia, apesar dos grandes progressos em termos de democratização e politização da gestão pública, valores próprios de uma democracia republicana e pluralista moderna estão longe de permear a Nação: atores políticos, agências executivas, gestores, organizações sociais e indivíduos mostram baixos índices de adesão à democracia e de confiança na lisura dos governos e das instituições. Mais ainda, a desigualdade social e econômica, a pobreza e a miséria agravam a permanência de relações assimétricas e autoritárias que, como argumenta O'Donnell (2004), repercutem na maneira como as burocracias do Estado tratam a maioria dos indivíduos.

No âmbito setorial, o panorama é igualmente de intensa mobilização e de participação de uma vasta e heterogênea constelação de atores organizados nos espaços públicos de deliberação criados com o SUS e nos incontáveis eventos que, sobre as mais diversas temáticas, vêm sendo realizados. Assim também, os CS constituem uma inovação política, institucional e cultural da maior relevância para o avanço da democracia e do SUS e uma singularidade no contexto latino-americano. Ao se examinar a dinâmica e o funcionamento desses colegiados, porém, constata-se que enfrentam múltiplos problemas que, aliás, seriam comuns a todos os conselhos gestores. Afora os naturais conflitos, as dificuldades se veriam agravadas devido, em boa parte, ao efeito dos mesmos traços que atravessam a sociedade como um todo: hierarquia marcada por poderes em extremo desiguais entre os ‘de

cima’ e os ‘de baixo’, sigilo e despotismo burocrático, relações clientelistas e prebendárias, desrespeito pela *res publica*, enfim, um acúmulo de mazelas que terminam afetando o bom funcionamento dos colegiados.

De certo, há dilemas muito difíceis de resolver, como a questão da representação e da representatividade. No entanto, para os problemas existentes nesse campo concorreria o fato de o mundo associativo apresentar igualmente contradições. A cultura das organizações de interesses, nas quais se incluem as associações de vizinhança, que são o principal veículo para a representação dos usuários do SUS nos CS, apresenta traços pouco afins com uma democracia moderna. E contribui para isso o fato de a maioria dos brasileiros desacreditar na política e demonstrar baixíssimo engajamento cívico nas atividades associativas.

Seria possível afirmar, no extremo, que as unidades do mundo associativo sofrem o impacto do déficit mais geral da sociedade brasileira de atributos próprios de ‘comunidades cívicas’ nas quais, como ensina Putnam (1996: 102), a participação pressupõe mais espírito público do que atitudes voltadas para a afirmação do interesse pessoal, onde “a cidadania implica direitos e deveres iguais para todos” e se mantém unida “por relações horizontais de reciprocidade e confiança, e não por relações verticais de autoridade e dependência”.

Em suma, se, por uma parte, na sociedade brasileira haveria um déficit de capital social – ou seja, de relações de confiança, solidariedade e cooperação –, haveria escassez, portanto, de ingredientes indispensáveis para os CS se constituírem em efetivos canais de democratização das decisões e de controle social; por outra, os CS certamente constituem espaços públicos privilegiados para, mediante a participação, acumular capital social e formar cidadãos mais conscientes, informados e capacitados para ampliar a democracia em direção às utopias que, há três décadas, marcam as lutas pelo direito a ter direitos, pela cidadania plena.

Referências bibliográficas

- ABERS, R. *Inventing Local Democracy: grassroots politics in Brazil*. Boulder: Lynne Rienner Publishers, 2002.
- ABRAMO, C. Relações entre índices de percepção de corrupção e outros indicadores em onze países da América Latina. *Cadernos Adenauer*, 10: 2000. Disponível em: <<http://www.transparencia.org.br/docs/onze.pdf>>.

- BAIERLE, S. A explosão da experiência. Emergência de um novo princípio ético-político nos movimentos populares urbanos em Porto Alegre. In: ALVAREZ, S.; DAGNINO, E. & ESCOBAR, A. (Orgs.) *Cultura e Política nos Movimentos Sociais Latino-americanos. Novas leituras*. Belo Horizonte: UFMG, 2000.
- BEZERRA, M. *Em Nome das Bases: política, favor e dependência pessoal*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999.
- CARVALHO, A. I. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Ibam/Fase, 1995.
- CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.
- COTTA, M. Representación. In: BOBBIO, N. & MATTEUCCI, N. *Diccionario de Política*. México: Siglo XXI, 1985.
- CUENCA, P. C., 2005. Resgate da democracia. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 02 abril 2005. Fórum Debates sobre Justiça e Cidadania, p. A10.
- DAGNINO, E. Cultura, cidadania e democracia. A transformação dos discursos e práticas na esquerda latino-americana. In: ALVAREZ, S.; DAGNINO, E. & ESCOBAR, A. (Orgs.) *Cultura e Política nos Movimentos Sociais Latino-americanos: novas leituras*. Belo Horizonte: UFMG, 2000.
- DAGNINO, E. Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. In: DAGNINO, E. (Orgs.) *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- DAGNINO, E. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: MATO, D. (Coord.). *Políticas de Ciudadanía y Sociedad Civil en Tiempos de Globalización*. Caracas: Faces/Universidad Central de Venezuela, 2004.
- DRAIBE, S. A nova institucionalidade do sistema brasileiro de políticas sociais: os Conselhos Nacionais de Políticas Setoriais. *Caderno de Pesquisa*, 35: 1-26, 1998.
- FARIA, M. M. & JATENE, A. (Org.). *Saúde e Movimentos Sociais*. São Paulo: Edusp, 1995.
- FERREIRA, M. C. Associativismo e contato político nas regiões metropolitanas do Brasil: 1988-1996. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 14(41): 90-102, 1999.
- FILHO, A. Fosso abissal. *IstoÉ*, São Paulo, n. 1.775, p. 46, 8 out. 2003.
- FUKS, M.; PERISSINOTTO, R. & RIBEIRO, E. Cultura política e desigualdade: o caso dos conselhos municipais de Curitiba. *Sociologia & Política*, 21: 125-145, 2003.
- GARNELO, L. & SAMPAIO, S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na Região Norte do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1): 311-317, 2003.
- GERSCHMAN, S. *A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

- GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6): 1.670-1.681, 2004.
- GOHN, M. G. *Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica*. São Paulo: Cortez, 2001.
- GONÇALVES, E. Conselho Municipal de Saúde do Rio Grande (RS): uma experiência de organização pela base. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7, 2003, Brasília.
- GRZYBOWSKI, C. El rol de la sociedad civil. In: PNUD. *La Democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos: contribuciones para el debate*. 2.ed. Buenos Aires: Aguilar/Altea/Taurus/Alfaguara, 2004.
- HEYWOOD, A. *Politics*. London: Macmillan Press, 1997.
- IBGE. *Estatísticas do Século XX*. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.
- LABRA, M. E. *Processo Decisório e Conselhos de Saúde: balanço a partir da Produção acadêmica (1996-2001)*. Relatório Final de Pesquisa. Rio de Janeiro, Ensp/Fiocruz, 2002.
- LABRA, M. E. *A Qualidade da Representação dos Usuários nos Conselhos Distritais de Saúde do Rio de Janeiro e a Dimensão Associativa*. Relatório Final de Pesquisa. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2003.
- LABRA, M. E. & FIGUEIREDO, J. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3): 537-547, 2002.
- LATINOBARÓMETRO. *Opinión Pública Latinoamericana: informe de prensa*. Santiago de Chile: Corporación Latinobarómetro, 2002.
- LEACH, M. & SCOONES, I. *Science and Citizenship in a Global Context*. Brighton: IDA Working Papers 205, 2003.
- MS/FUNASA. *Atenção à Saúde Indígena*. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, 2004.
- MS/SGP. *Cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Participativa, 2004a.
- MS/SGP. *Estudo do Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde*. Relatório de Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Participativa, 2004b.
- MS/CNS. *A Prática do Controle Social: conselhos de saúde e financiamento do SUS*. Série Histórica do CNS, n. 1. Série I. História da Saúde no Brasil, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2002.
- MS. *11ª Conferência Nacional de Saúde*. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- MS. *12ª Conferência Nacional de Saúde*. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

- O'DONNELL, G. Ciudadanos pobres y desiguales. In: PNUD. *La Democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos. Contribuciones para el debate*. 2.ed. Buenos Aires: Aguilar/Altea/Taurus/Alfaguara, 2004.
- PAIVA, M. A. *Espaço Público e Representação Política*. Niterói: UFF, 2000.
- PNUD. *Informe sobre Desarrollo Humano*. Madrid/México: Mundi-Prensa, 2004a.
- PNUD. *La Democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos. Contribuciones para el debate*. 2.ed. Buenos Aires: Aguilar/Altea/Taurus/Alfaguara, 2004b.
- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2004. Governo com grande participação social. *Em Questão*, Brasília, n. 139, 9 jan. 2004.
- PUTNAM, R. *Comunidade e Democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: FGV, 1996.
- RIBEIRO, L. C. & SANTOS JÚNIOR, O. Democracia e segregação urbana: reflexões sobre a relação entre cidade e cidadania na sociedade brasileira. *Revista Eure*, 29(88): 79-95, 2003.
- SANTOS, B. S. *Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa*. V. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- SANTOS JÚNIOR, O. *Democracia e Governo Local: dilemas da reforma municipal no Brasil*. Rio de Janeiro: Fase, 2001.
- TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- SILVA, C. Os fóruns temáticos da sociedade civil: um estudo sobre o Fórum Nacional de Reforma Urbana. In: DAGNINO, E. (Org.). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- WAINWRIGHT, H. *Poder Popular no Século XXI*. São Paulo: Xamã, 2005.

12 | O SUS E O DIREITO À SAÚDE: UNIVERSALIZAÇÃO E FOCALIZAÇÃO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Amélia Cohn

Tratar da questão da universalização e da focalização da perspectiva da história do Sistema Único de Saúde (SUS) representa um duplo desafio. O primeiro deles é retomar retrospectivamente a sua discussão a partir dos debates atuais sobre o tema, ao mesmo tempo em que há de se contemplar as especificidades anteriores, marcadas por distintas conjunturas. O segundo diz respeito a se debruçar sobre as próprias especificidades da saúde bem como da trajetória das políticas que redundaram na constituição (ainda inacabada) do SUS. A perspectiva que buscará nortear esta discussão consiste numa indagação de fundo: em se tratando do SUS, que tem exatamente como fundamento basilar a universalidade do acesso à saúde, uma vez que esta é definida como um direito, até que ponto, para o caso específico da saúde no Brasil, a questão da universalização e da focalização se coloca? E caso ela se coloque, em que termos isso ocorre e com que outras questões de fundo relativas aos direitos da cidadania ela dialoga?

Claro está que a cautela demanda que se afirme desde já que o propósito aqui não é esgotar um tema de tamanha complexidade, até porque, se assim fosse, certamente essa perspectiva de reflexão, considerada mais instigante para alguns, seria prontamente substituída por outra que demandaria menos destemor no desenvolvimento dos argumentos que seguem.

Universalização e focalização e a questão social no Brasil

Uma vez que o binômio ‘focalização e universalização’ se refere à questão das desigualdades dos indivíduos numa dada sociedade, sejam elas de classe, renda, gênero, raça, entre tantas outras, o pano de fundo que lhe dá pouso acaba

sendo, inevitavelmente, a questão da pobreza e da desigualdade social. Em decorrência, a questão a ela estreitamente associada e que diz respeito às formas pelas quais as sociedades se organizam para fazer frente a elas e combatê-las.

No caso específico do Brasil, um primeiro grande marco diz respeito à era getulista, quando a pobreza passa a se constituir uma questão de políticas específicas do Estado, porém da perspectiva da regulação entre capital e trabalho, e estreitamente articulada a uma estratégia de construção de um Estado nacional e de um projeto nacional de industrialização da economia. Data exatamente da década de 1930 a fundação do sistema nacional de proteção social, a qual está estreita e simbioticamente associada à legislação trabalhista e à legislação sindical. Forma-se então o famoso tripé, já apontado no início da década de 1970 por Sérgio Arouca, atrelando a assistência médica individual através da previdência social à política trabalhista e à política sindical. E é exatamente esse conjunto articulado de políticas de regulação da relação entre capital e trabalho que dará suporte ao processo de modernização do país ao possibilitar que o Estado incorpore determinados interesses das classes assalariadas – os pobres daquela época reconhecidos como tais, de modo subalterno aos interesses do capital e filtrados pelas diretrizes definidas pela decisão política de se implementar um projeto nacional (Cohn, 2005).

É a partir daí, quando passa a prevalecer na trajetória histórica uma concepção desenvolvimentista do Estado sustentada por uma concepção desenvolvimentista do país, via modelo de substituição de importações, e posteriormente baseada, já nas décadas de 1960 e 1970, na dinamização de setores específicos da cadeia produtiva, que se funda no país um perfil específico de um sistema de proteção social. E, tal como já apontado por Wanderley Guilherme dos Santos (1979) em seu clássico estudo, calcado na concepção salarial e na extensão regulada da cidadania. Durante todo esse período desenvolvimentista, a questão da pobreza não ganha destaque na agenda pública e acadêmica embora não seja ignorada, sobretudo por especialistas e técnicos vinculados a institutos governamentais como o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), exatamente porque essa mesma concepção tem uma interpretação própria sobre o que venha a ser desenvolvimento social: ele é entendido como a incorporação dos até então excluídos do mercado formal de trabalho ao processo produtivo, como subproduto do crescimento e do desenvolvimento econômico.

Assim, a pobreza nesse período não se configurava como um fenômeno estrutural da sociedade, criando-se uma dupla simbiose entre políticas econômicas e políticas sociais: se aquelas incluíam os indivíduos no mercado formal de trabalho e, com isto, as classes assalariadas conquistavam seu passaporte para a cidadania, estas tinham como fundamento primeiro que as orientava as necessidades envolvidas pelo próprio processo de desenvolvimento econômico, seja como manutenção em níveis satisfatórios do acesso à assistência médica individual por parte daqueles segmentos, seja em termos da sua qualificação como força de trabalho, exigida pelo processo de industrialização em curso a partir de então. E quanto aos não-assalariados, aos segmentos situados em situação de pobreza abaixo daquela dos assalariados, a estes eram destinados os serviços estatais de saúde pública concebidos sob o modelo de higienização da sociedade, seja em termos do controle das epidemias que representavam prejuízos econômicos à economia exportadora, seja em termos de educação sanitária. Já quanto às necessidades de atendimento hospitalar, estas eram supridas pelo segmento filantrópico da saúde e pelas organizações de ajuda mútua.

O que se verifica portanto, *grosso modo*,¹ no decorrer das décadas do período desenvolvimentista – que vê esgotado seu ciclo no último quartel do século passado –, é que a questão social no país não se expressa historicamente como sendo a pobreza, que tampouco era tida pelos setores dominantes como um fenômeno estrutural da sociedade, uma vez que o processo de sua modernização induzida e comandada pelo modelo de Estado desenvolvimentista vigente acabaria por promover a incorporação progressiva desses segmentos à sociedade via trabalho.²

Dessa forma, ao se confundir desenvolvimento econômico com industrialização, e como consequência automática o desenvolvimento social, atribui-se às políticas sociais um papel secundário, voltado para os setores assalariados do mercado formal de trabalho do setor privado da economia, tendo como resultado a constituição de um modelo de proteção social calcado na concepção meritocrática e contributiva; e como constitutivo desse modelo, para os segmentos pobres, excluídos do mercado formal de trabalho, serviços estatais financiados com recursos orçamentários e/ou filantrópicos, estes contando

¹ São inúmeros os estudos a respeito da evolução histórica do sistema de proteção social brasileiro envolvendo a questão da saúde e que apontam as distintas nuances desses traços básicos aqui desenhados, o que exige a retomada dessa reconstituição neste capítulo.

² A respeito do Estado desenvolvimentista, ver Sallum Jr. (2003).

com subsídios diretos ou indiretos do Estado. Mas se esse é um processo latino-americano, apesar das especificidades dos perfis em que esse modelo vai sendo construído, no caso brasileiro tem-se como resultado que os processos de crescimento e de industrialização se deram no decorrer desse período desenvolvimentista, calcados na desigualdade econômica e social, ao mesmo tempo em que se demonstraram incapazes, e isso até os dias de hoje, de enfrentá-la de forma efetiva e eficaz.

Esse modelo do sistema brasileiro de proteção social funda, na área da saúde, a dicotomia entre assistência médica previdenciária e as ações de saúde de caráter coletivo. Enquanto aquela se desenvolvia no âmbito das instituições de previdência social e era financiada com os recursos advindos, na sua grande maioria, das contribuições previdenciárias, estas se desenvolviam no âmbito das instituições estatais, financiadas com recursos orçamentários, sempre e por definição escassos. Cria-se assim uma dupla fragmentação no setor: ‘financeira’, porque a assistência médica previdenciária conta com recursos contributivos calculados em termos da receita como uma função da massa salarial (crescente à medida que o país avança para as décadas de 1950 e 1960), tornando-se o segmento ‘rico’ na área da saúde, enquanto as ações da saúde pública ficam à mercê dos recursos orçamentários; e ‘social’, na medida em que o acesso dos segmentos assalariados aos serviços de assistência médica se dá via previdência social, o que lhes faculta o acesso via mercado (setor privado prestador de serviços de assistência médica) à assistência, e os pobres não-assalariados (à época denominados pelos especialistas no assunto como ‘segmentos sociais marginais’, dada sua inserção precária e temporária no mercado de trabalho) tendo acesso somente a serviços públicos estatais da rede de centros de saúde, tais como os programas materno-infantil e de controle de determinadas doenças, e ao setor filantrópico de assistência médica individual, sem excluir os parques hospitalares estatais. Quanto às ações de controle sanitário propriamente ditas, estas eram pensadas em termos do universo total da população, embora a ênfase das campanhas fosse dada aos setores e às áreas endêmicas (que no geral coincidem com regiões onde a pobreza predomina) e aos setores urbanos igualmente pobres, onde a incidência dessas morbidades passíveis de controle era mais acentuada.

A título de registro, vale lembrar que o mesmo acontecia na área da educação, pensada para o universo total da população, mas sem maiores preocupações com a universalidade do acesso: as escolas privadas de então eram relativamen-

te escassas, voltadas para um segmento da elite brasileira de altíssimo poder aquisitivo, ou para segmentos de imigrantes em ascensão, como no caso dos italianos em São Paulo. Isso porque, consoante com a concepção desenvolvimentista então prevalecente, a educação pública era tida como um dos eixos centrais para se levar avanti o processo de modernização e desenvolvimento da sociedade.

Mas, no outro extremo das políticas sociais, as ações de assistência social, de caráter filantrópico, foram sendo montadas até muito recentemente (década de 1980) de forma aleatoriamente voltada aos segmentos mais carentes da sociedade. Embora contassem com algum grau de institucionalidade no interior do aparelho de Estado – como a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem), por exemplo –, essas ações eram sempre reservadas, obedecendo à velha tradição do país, às esposas dos chefes do executivo das três esferas de governo. Foi somente a partir de 1988 que as ações e os benefícios provenientes do setor da assistência social assumem o estatuto de direito social.

Dessa forma, como contraponto da pobreza como fenômeno não-estrutural da sociedade, e nesse sentido não se configurando como uma questão social, a equação universalização/focalização não se faz presente no debate da agenda pública brasileira. Até porque o acesso a bens de consumo coletivo não se constituía como um direito universal; o acesso à assistência médica individual e à aposentadoria e pensões se configurava como um direito regulado pela situação dos indivíduos no mercado de trabalho formal; e aos pobres marginalizados desse mercado cabiam as ações de caráter assistencialista desenvolvidas por um Estado patrimonialista e clientelista. A responsabilidade maior do Estado na área social, nesse período, dizia respeito à regulação da relação capital/trabalho e à qualificação daquela parcela da força de trabalho a ser incorporada pelo parque industrial brasileiro que estava sendo então construído.

É somente a partir de meados da década de 1970, e sobretudo do início da de 1980, que a questão da pobreza começa a assumir um lugar de destaque na agenda pública. Após o ‘milagre econômico brasileiro’ e o processo de privatização acentuada da área social promovida pelo regime militar a partir do golpe de 1964, a questão social assume uma nova estatura: ela passa a ser debatida e a disputa começa a se dar em torno de como se fará o seu enfrentamento – se pelo Estado ou se pelo mercado, ambas as vias estreitamente vinculadas à questão dos direitos de cidadania. A luta pela democratização do regime político do país traz consigo para o foco da cena não só a defesa dos direitos civis e

políticos, mas também dos direitos sociais. É quando saúde, educação, liberdades civis e políticas e direitos humanos ganham o centro do processo de mobilização da sociedade, e entra igualmente em cena, como contraponto político, a questão da universalidade do acesso aos bens de consumo coletivo essenciais para a condição de cidadão.

Como aponta uma equipe de pesquisadores vinculados à Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), o capitalismo brasileiro entre as décadas de 1960 e 1980 apresenta o que denominam de ‘charme da mobilidade social’, porque acabou ocultando um processo acentuado de crescimento econômico na desigualdade de renda, bem como se revelando incapaz de banir a velha exclusão social (Campos et al., 2003); e nas décadas de 1980 a 2000, a própria exclusão social sofre uma acentuada mudança, dada a combinação nesse período de baixa expansão das atividades econômicas com avanços significativos no processo de democratização política do país. Esse fenômeno vem sendo denominado por Márcio Pochmann em seus textos como ‘díades contraditórias’: a primeira combinando expansão econômica acentuada com regime político autoritário; e a segunda, baixas taxas de expansão econômica com avanços significativos no regime político democrático, com isso pressionando o Estado por atendimento a demandas sociais daqueles segmentos expressivos e organizados da sociedade que anteriormente não contavam com canais institucionais para expressá-las, já que se encontravam obstruídos pelo regime ditatorial, para não se falar de canais de acesso ao próprio Estado.

Dessa forma, a reemergência da questão social no período mais recente é marcada por pelo menos três fatores que demandam destaque: um vigoroso debate promovido pelos especialistas sobre pobreza e políticas sociais, envolvendo as diversas especialidades ‘setoriais’ aí implicadas (relativas à saúde, educação, assistência social, economia, ciência política, sociologia, antropologia, entre outras); uma vigorosa mobilização social na luta pela redemocratização política do país; e uma referência externa, diriam os economistas, de uma determinada vertente de pensamento, uma ‘externalidade’, que no caso favoreceu a constituição de uma identidade comungada pela ‘comunidade da área social’ e que se traduziu, no contexto da ideologia neoliberal e do Consenso de Washington, como a luta por uma democracia política que não se dissociasse da luta pela democracia social no país. O que significa, em outros termos, a luta pela universalidade dos direitos sociais numa sociedade conhecida e reconhecida pela magnitude dos níveis de desigualdade social que apresenta.

A articulação estreita entre mobilização pela reconstituição de uma ordem política democrática no país e pela instituição dos direitos sociais – e, nessa qualidade, universais – tem como resultado a Constituição brasileira de 1988, a ‘constituição cidadã’ como a alcunhou Ulisses Guimarães, e que efetivamente reconhece e institui o acesso aos serviços de consumo coletivo na área social como um direito de cidadania. A partir desse passo decisivo – essa constitucionalidade – para sua efetivação na realidade concreta de nossa sociedade, a saúde passa então a, no interior do capítulo sobre seguridade social, ser reconhecida como “um direito de todos e um dever do Estado”, da mesma forma que ações relativas à assistência social e à própria previdência social.

A partir de então, o desafio que se coloca para a sociedade é constituir de fato esses direitos a partir de uma herança segundo a qual as políticas sociais são segmentadas entre ‘mercado e Estado’ ou entre ‘direito contributivo e filantropia’, e mesmo como direito sua apropriação massiva acaba sendo feita pelos setores privilegiados social e economicamente, como é o caso mais explícito da educação pública. Ao mesmo tempo, fazendo frente a uma outra herança, e que consiste na prática patrimonialista e clientelista do Estado, sobretudo na área social, e que acaba imprimindo uma outra lógica à implementação dos programas sociais: a de negar seu caráter republicano, fundamento não só de um Estado republicano, como dos direitos sociais, e segundo o qual todos são iguais perante a lei, independentemente de sua situação no mercado, seja ele de bens econômicos, de capital social ou de capital político e cultural.

Na área da produção teórico-conceitual sobre pobreza, desigualdade e políticas sociais, independentemente da disciplina de formação básica dos especialistas no assunto, a literatura a respeito passa então a se desdobrar em duas grandes vertentes: uma primeira que, ao tratar da questão da pobreza, das desigualdades sociais e das políticas sociais setoriais, possui como núcleo principal a preocupação com o desafio de definir instrumentos de mensuração os mais precisos, tendo como consequência remeter a formulações de políticas e programas regidos pela ótica da sua precisão em atingir seus respectivos públicos-alvo – os pobres ou os extremamente pobres – com menor custo e maior eficiência operacional; e outra que, com maior ou menor grau de distanciamento desta, enfatiza a dimensão da cidadania e da conquista dos direitos sociais, acentuando exatamente o caráter público das políticas públicas de corte social, o que implica concebê-las também na sua dimensão política de construção de sujeitos sociais.

Na primeira vertente de pensamento, o que organiza os argumentos, as análises e as propostas de políticas é a questão da focalização: trata-se de privilegiar os mais carentes, já que se defende a tese de que o Estado não conta com recursos para atender a todos; já na segunda vertente, o que organiza os argumentos, as análises e as propostas de políticas é a questão da universalização dos direitos sociais (organizações institucionais do Estado e formas de regulação que traduzam a responsabilidade do Estado na garantia a todos os cidadãos do acesso aos bens de consumo coletivo, independentemente da variedade da sua situação no mercado). Como se verá a seguir, a questão da universalização e da focalização no SUS apresenta especificidades que a tornam desatualizadas no caso da saúde, mais especificamente a partir das conquistas setoriais que têm como linha mestra as teses defendidas desde meados da década de 1970 pelo movimento da Reforma Sanitária.

Universalização e Focalização no SUS

Os processos de reforma dos sistemas de saúde dos países latino-americanos, e que vêm se processando com maior ênfase a partir da última década do século passado, no geral são atribuídos pelos analistas (Vergara, 2000) ao esgotamento dos modelos de desenvolvimento – o que equivale a afirmar do modelo de Estado desenvolvimentista, que durante décadas prevaleceu na região. E ao se voltar ao tema, esgotamento este que se confunde com a própria falência desse modelo, interpretada pelo fato de que, nas quase cinco décadas em que prevaleceu, não se revelou capaz de manter uma taxa sustentada de crescimento econômico, nem combater de forma conseqüente as desigualdades sociais dessas sociedades, nem muito menos combater a pobreza.

Claro está que o setor da saúde não fugiu à regra: na América Latina, as estratégias para se fazer frente às novas restrições fiscais e monetárias impostas pela nova ordem global traduziram-se na área social na formulação de políticas sociais orientadas pela focalização dos gastos. Isso implicava não só subsídios diretos do Estado aos segmentos mais pobres da população por meio de programas de bolsas vinculadas, por exemplo, à suplementação alimentar e à frequência escolar, como também pela extensão dos serviços de saúde a esses segmentos populacionais – os mais pobres e socialmente mais vulneráveis, traduzindo-se na saúde em populações de risco – tendo como instrumento privilegiado um novo modelo de atenção à saúde, o sistema de atenção primária à saúde.

Como afirma Hésio Cordeiro (2001: 320), “as reformas de saúde, estimuladas pelas agências internacionais, tomaram impulso a partir de modelos definidos como de ‘pluralismo estruturado’, como um ponto intermediário entre um setor estatal pouco eficiente e ‘inchado’ e a atomização da rede privada”, referindo-se às teses defendidas por dois dos principais formuladores de modelos de reformas neoliberais de saúde para a América Latina: Lordoño e Júlio Frenk. Em consequência, as reformas a partir de então passam a significar a busca de expansão da cobertura com maior grau de equidade, ao mesmo tempo em que voltadas para a viabilidade fiscal do Estado, visando, portanto, à diminuição dos gastos estatais com saúde associada a formas de financiamento sustentado para o setor, à melhoria da eficiência e da eficácia dos serviços públicos de saúde e à maior satisfação dos usuários.

É a partir desse referencial que passa a se travar o embate ideológico e político sobre a reforma da saúde na região: de um lado, o modelo focalista, que defende a concentração dos recursos públicos nos segmentos mais pobres da população, investindo-se recursos técnicos para sua identificação precisa, uma vez que para os demais segmentos trata-se de articular recursos públicos e privados, incluindo sua participação nos gastos com saúde. De outro lado, o modelo universalista, que defende o acesso aos bens públicos essenciais como um direito do cidadão, independentemente da sua situação social, sem qualquer forma de discriminação, seja ela positiva ou negativa; e neste caso, saúde como um direito é responsabilidade do Estado e deve, portanto, ser financiada com recursos provenientes dos orçamentos públicos das distintas esferas de governo.

Nesse sentido, a experiência brasileira é a exceção que confirma a regra latino-americana. O movimento sanitário brasileiro e suas conquistas transformam as reformas do setor da saúde no Brasil como, de certa forma, exemplares tanto por referência às reformas latino-americanas como por referência às experiências brasileiras de reformas setoriais na área social. De fato, Hésio Cordeiro (2001) tem razão quando constata que no caso brasileiro se verifica uma concomitância (que ele atribui como não intencional) entre medidas de ajuste fiscal e a mobilização crescente pela Reforma Sanitária. Mas se, de um lado, isso reforça a indagação de fundo que inspira este texto, por ir de certa forma ao encontro do questionamento de até que ponto no caso específico do SUS a questão ‘focalização e universalização’ faz sentido; de outro lado demanda que ela seja qualificada em que termos então se colocaria.

Desde já faz-se necessária uma advertência: trata-se de refletir sobre esse binômio no contexto do SUS. E, neste caso, duas observações sobre a especificidade da saúde e do SUS são essenciais. A primeira delas diz respeito ao fato de a focalização no caso da saúde contemplar na sua essência também outros sentidos que não aquele tradicionalmente atribuído ao repertório neoliberal e privatizante das reformas: necessariamente ela não está referida exclusivamente aos mais pobres, mas está referida também a focos específicos a serem atingidos para a solução de um determinado problema específico, seja ele doenças sexualmente transmissíveis, principais causas da mortalidade infantil, saúde da mulher etc. Neste caso, a focalização de determinadas políticas sobre determinados problemas específicos, envolvendo determinados grupos sociais a partir de características como sexo, idade, situação e local de moradia, entre outros, obedece ao aspecto utilitarista envolvido em qualquer política social, ao trabalhar a partir de determinados atributos de determinados grupos sociais específicos e que definem sua particularidade frente aos demais. A segunda delas diz respeito ao fato de a focalização significar políticas de ação reparatória para restituir a determinados grupos sociais o acesso efetivo a serviços essenciais (e não só básicos) e, com isso, configurando-se em direitos universais que, enquanto tais, tornam os cidadãos formalmente iguais, quando na prática não o são. Nesta observação, a focalização estaria significando um requisito para a universalidade.

Este é o caso da saúde, exatamente porque o sentido da focalização emerge do interior de uma concepção universalista e republicana dos direitos de cidadania, concepção esta nuclear no projeto da Reforma Sanitária brasileira e na proposta de organização institucional do sistema de saúde brasileiro, o SUS.

Mas se a questão da universalização e focalização na saúde – no SUS – envolve as dimensões da oferta dos serviços, do acesso a eles, da regulação do mercado pelo Estado e do controle social, ao se recuperar a história das reformas sucessivas do setor nas duas últimas décadas (o que não deve ser confundido com se ‘estar olhando pelo retrovisor’), o que se verifica é que nesse processo de constituição do SUS não se configurou uma situação em que as reformas da saúde fossem realizadas segundo os modelos propostos e impostos a outros países pelas agências multilaterais de financiamento, mesmo se as pressões representadas pelas ‘externalidades’ advindas do modelo macroeconômico de ajuste estrutural da economia provocaram tensões e conflitos entre os distintos atores e grupos de interesses envolvidos com a questão da saúde e se houve avanços e retrocessos na constituição do sistema de saúde tal como proposto na Constituição brasileira.

Dessa forma, há de se distinguir no caso da saúde entre um processo de focalização de políticas e programas específicos que se traduzem em ações de saúde na acepção de atendimento das necessidades de grupos sociais específicos com características específicas que demandam cuidados que contemplem essas especificidades e o cumprimento dos objetivos propostos, como é o caso de gravidez na adolescência e saúde da terceira idade, para se citar somente dois deles, mas que são regidos pela diretriz da universalidade do direito, daqueles programas que prevalecem em vários países latino-americanos em que essas especificidades são contempladas, por exemplo, tendo como parâmetro de atendimento somente aqueles segmentos populacionais que não têm acesso aos serviços de saúde via mercado.

Por outro lado, há de se pontuar uma particularidade do caso brasileiro: não é por acaso que se utiliza aqui, a começar pelo título, a conjunção ‘e’ ao invés da conjunção ‘ou’: universalização ‘e’ focalização ao invés de universalização ‘ou’ focalização. Isso porque é o que se pretende estar aqui argumentando: no caso do SUS, essa equação na prática jamais se apresentou de fato como dois componentes alternativos, mas sim numa combinação entre ambos, configurando-se – perigosamente, é certo – a focalização como uma estratégia de implantação da universalização da saúde como um direito e, nesse sentido, como um requisito da universalidade.

Assim sendo, embora não se configurando como um processo linear no decorrer das duas últimas décadas, e mais particularmente a partir da década de 1990, o processo de constituição do SUS desloca a questão da universalização e focalização do patamar da discussão pautada pela ideologia neoliberal. Dado o acúmulo do conhecimento produzido pela saúde coletiva, da experiência política advinda da estratégia assumida pela Reforma Sanitária e da simbiose entre o aparato institucional setorial do Estado e especialistas vinculados à escola de pensamento dos reformistas da saúde, aquele binômio não se apresenta como polaridades excludentes, traduzindo-se numa falsa questão. Falsa questão, dada exatamente a herança privatista do setor de assistência médica advinda do longo período de constituição do sistema de proteção social brasileiro, e a própria estratégia política da Reforma Sanitária, que optou pela ocupação de espaços no interior do aparelho de Estado desde o período militar. Com isso, o próprio Estado passa a contar com uma tradição setorial reformista específica na medida em que, desde a década de 1980 com mais ênfase, vai promovendo reformas da organização do sistema de saúde

orientadas pela universalização do acesso e pela democratização da saúde a partir do interior do próprio Estado e a partir de uma dupla frente de resistências: os interesses do setor privado na saúde, que se cristalizaram ao longo do tempo relativamente protegidos das leis do mercado, e a tradição clientelista e patrimonialista do Estado brasileiro. Haja vista as mudanças institucionais da organização do sistema de saúde brasileiro envolvendo as relações entre as três esferas de governo – as Ações Integradas de Saúde (AIS), o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) e o SUS – e a criação de instâncias de negociação entre elas e de exercício do controle público (reconhecido na área como ‘controle social’), que são as comissões e os conselhos de saúde.

Mas existe um outro fator que favorece o fato de que tão facilmente se oponha universalização à focalização, ambas concebidas como excludentes entre si: da mesma forma que se tende a opor ambas entre si, se contrapõe no interior do ambiente da Reforma Sanitária privatização e estatização. E aí, ao invés da conjunção ‘ou’, emprega-se a preposição ‘*versus*’: setor privado prestador de serviços de saúde ‘*versus*’ setor público; porém, mais que isso, radicaliza-se a oposição entre ambos, confundindo-se o setor público com o estatal. Como decorrência, a universalização passa a ser equacionada somente no âmbito do sistema estatal de saúde, tendendo a se desprezar a estreita articulação que há décadas vem se estabelecendo entre os subsistemas público (estatal) e privado de prestação de serviços de saúde. Mas, nesses mesmos termos, a focalização como um componente das políticas de saúde passa a ser enfocada tão somente da perspectiva do subsistema estatal de saúde. No entanto, como a saúde e o SUS estão desde 1988 regidos pela lógica da equidade e da universalidade, na realidade a focalização torna-se um problema menor enquanto tal no âmbito do SUS, e o debate e as propostas para as políticas de saúde tendem a ser deslocados para os termos de uma outra equação: seletividade e equidade no acesso a serviços de atenção à saúde.

Assim, embora o debate sobre universalização e focalização tenha ocupado a agenda acadêmica, mais que a agenda política, no decorrer da década de 1980 e início da de 1990, na realidade ele vem perdendo espaço no decorrer da última década e meia na medida em que as próprias propostas de implementação de políticas e programas de saúde enfatizando a atenção primária ganham uma outra lógica – no caso específico do Brasil, é impor-

tante que se frise –, indo uma vez mais a contrapelo do movimento latino-americano. De fato, os programas Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e Saúde da Família (PSF), implantados na década de 1990, ao invés de assumirem a lógica de um ‘pacote básico’ de serviços de saúde focados nos segmentos mais pobres da população, tornam-se programas estratégicos para a mudança da própria lógica do modelo de atenção à saúde vigente no país. Portanto, de uma finalidade – reforma do sistema de saúde nos moldes clássicos neoliberais – transforma-se num mecanismo para a modificação do modelo de atenção à saúde prevalecente no país, ainda excessivamente hospitalocêntrico e iníquo. Esses programas tornam-se, assim, instrumentos estratégicos para se expandir a universalidade do acesso aos serviços de saúde por parte daqueles segmentos populacionais socialmente vulneráveis dada a situação de pobreza em que vivem e onde vivem.

Assumindo-se com esse sentido a implantação de programas vinculados à atenção primária à saúde, ganha destaque e centralidade no debate as questões da seletividade e da garantia da integralidade do acesso à atenção à saúde. Questões estas que remetem, por sua vez, ao eixo central da proposta do SUS que consiste na dimensão da equidade e dos desafios implicados na proposta de construção de um sistema único de saúde a partir de um legado da história de constituição de um aparato na saúde caracterizado, parafraseando Márcio Pochmann, por ‘díades contraditórias’, e que abarcam a rede pública e a rede privada (lucrativa e não-lucrativa) de serviços de saúde, com todas as diferenciações aí presentes, dada exatamente a sua complexidade; a concentração e a dispersão na distribuição dos equipamentos de saúde (uma vez mais, públicos e privados, lucrativos e não-lucrativos); critérios equitativos e não equitativos para o repasse de recursos entre as esferas de governo para o financiamento do setor; estratégias de expansão da universalização do acesso aos serviços de saúde com ênfase em programas de atenção primária à saúde, sem contudo ter garantido o acesso da população à integralidade da atenção à saúde, dadas exatamente as precariedades e distorções históricas do sistema de saúde brasileiro.

Resgata-se aqui um único exemplo: tanto no caso do Pacs como do PSF, ambos foram propostos e estão sendo implementados a partir de uma concepção estratégica de, por meio deles – que não se confundem com o acesso dos pobres a um nível simplificado de atenção à saúde e com baixa incorporação de tecnologia material –, se estender o acesso da população à

atenção à saúde, levando os serviços de saúde para fora dos seus muros e penetrando na sociedade, transformando-se num mecanismo de busca ativa da população usuária e daquela potencialmente usuária que a eles não havia ainda tido acesso e, ao mesmo tempo, num mecanismo de racionalização do consumo e da utilização de serviços de saúde por parte da população. Em outros termos, de certa forma, esses programas retomam, de maneira atualizada, as antigas questões já tão debatidas há tempos no âmbito da saúde pública, da hierarquização e integração dos serviços de saúde, conformando-os num sistema hierarquizado e integrado de complexidade tecnológica ascendente em que os serviços então denominados ‘de primeira linha’, e hoje de atenção primária à saúde, se tornassem a porta de entrada dos indivíduos no sistema de saúde. Em resumo, embora a proposta atual embutida nesses programas seja a da extensão da universalidade do acesso combinada com a racionalização da prestação e da utilização dos serviços nos distintos níveis de complexidade envolvidos, encontra-se aí presente um outro fator, que complica a equação ‘universalização e equidade’: o fato de que, numa conjuntura de políticas macroeconômicas desfavoráveis aos ‘gastos’ sociais, a universalização assim obtida também se transforma numa rede de captação e de expansão do acesso a outros níveis de atenção para os quais o sistema de saúde brasileiro e o SUS em particular não garantem respaldo. Isso porque, se forem bem realizados, esses programas captam clientela até então desconhecidas para o sistema de saúde, uma vez que estavam até então deles excluídas.

Por outro lado, qualquer direito universal como direito de cidadania requer que o Estado tenha capacidade de ofertar serviços adequados e o acesso integral a diferentes níveis de atendimento contemplando as necessidades dos cidadãos, independentemente da situação destes no mercado. No entanto, uma das questões centrais da atualidade é que o sistema de proteção social brasileiro, e no seu interior o sistema de saúde tal como existe, foi construído calcado numa sociedade salarial com predomínio do mercado formal de trabalho. E como efeito do próprio processo de globalização, essa não é mais a realidade das sociedades contemporâneas, sejam elas do capitalismo central ou periférico. Resta então o desafio de se verificar qual a capacidade do Estado brasileiro para garantir o financiamento do SUS, bem como quais os mecanismos redistributivos aos quais é capaz de lançar mão criando, assim, um novo padrão de financiamento do setor, sem deixar de

lembrar que existe ainda um outro elemento complicador que é o aumento dos custos da própria atenção à saúde dados os progressos tecnológicos próprios à área.

Finalmente, a questão do controle público. Um traço marcante e fundamental do movimento sanitário brasileiro como processo político é reconhecidamente a presença vigorosa de movimentos sociais de apoio às propostas do SUS, tal como fartamente documentado e analisado em vários textos. No entanto, a realidade social contemporânea vem sendo marcada por uma crescente ‘crise de identidade’ dos movimentos sociais, pelo enfraquecimento de sua capacidade de organização e mobilização política tal como tradicionalmente conhecida e analisada nas décadas de 1970 e 1980, tendo como consequência uma relativa, embora acentuada, desmobilização social em relação às questões da saúde. Em outros termos, como contraponto aos processos e às dinâmicas sociais das sociedades contemporâneas, além da relativa opacidade e complexidade das diferenças sociais, aqui também se verificam ao mesmo tempo um processo de nebulosidade na presença de movimentos sociais por saúde voltados a questões universais e um realce da presença de segmentos específicos portadores de necessidades de saúde particulares no cenário dos espaços institucionalizados de participação e controle público sobre as políticas de saúde. Em resumo, se até 1990 os movimentos sociais, em que pesem as especificidades de suas necessidades de saúde, eram capazes de apresentar um certo grau de aglutinação em torno de demandas mais gerais e universais, estas tendem nos tempos atuais a se traduzirem em demandas particulares de grupos segmentados, convertendo-se, nos espaços públicos, numa somatória de demandas competitivas entre si por recursos sempre e crescentemente escassos diante, de um lado, das restrições macroeconômicas, e de outro, da magnitude e da complexidade das necessidades de saúde que a sociedade brasileira é portadora.

Daí não causar espanto o fato de o binômio ‘universalização e focalização’ perder lugar no debate acadêmico atual sobre o SUS e, mesmo na agenda pública, para o binômio ‘inclusão e exclusão social’. Não se trata aqui de mero modismo ditado pelo debate em torno do tema que se trava no âmbito das ciências sociais, mas sim da própria necessidade imposta nos dias atuais pelas inúmeras encruzilhadas em que a implantação do SUS, tal como originalmente proposta na Constituição federal de 1988, se encontra.

Novas versões sobre o mesmo tema

Não é de se estranhar que, hoje, as atenções de estudiosos e de atores sociais envolvidos com a questão da saúde no Brasil tenham se deslocado para a questão da inclusão e da exclusão social. De uma parte porque, como aponta Grau (1996), dadas as características das sociedades atuais, de maior fragmentação e opacidade social, há de se questionar sobre a capacidade da ordem instituída de integrar no processo decisório os múltiplos atores e institucionalizar as suas aspirações normativas, transformando-as assim em projetos; exatamente porque isso implicaria que os movimentos sociais transitassem de uma prática política defensiva para uma prática política ofensiva, pressionando sua influência sobre o Estado e fazendo com que este abrisse o universo do discurso político para novas identidades e normas articuladas na sociedade de modo igualitário.³

Mas não só a sociedade se fragmenta como se multiplicam formas e mecanismos sociais e institucionais de construção de identidades e de representação de interesses que não aqueles classicamente já conhecidos. Por outro lado, o próprio Estado perde centralidade política na formulação e condução de um projeto de nação e de sociedade, com isso deslocando-se o próprio lugar ocupado pelas políticas sociais do Estado desenvolvimentista. Àquela época as políticas sociais vinculavam-se ao mercado de trabalho, tendo como um dos alicerces fundamentais de seu financiamento a contribuição compulsória e o crescimento e desenvolvimento econômicos como mecanismo primordial de inclusão social (na sociedade e no sistema de proteção social). A exclusão social, portanto, diferentemente dos dias correntes, era concebida como fenômeno não estrutural da sociedade, mas transitório, porque passível de ser enfrentado por meio das políticas econômicas.

Na atual conjuntura, dá-se o inverso. Se a exclusão social não é temporária, mas estrutural, ela se transforma como algo mais que isso: como um fenômeno natural da ordem social e, nessa condição, objeto de políticas sociais focalizadas de alívio da pobreza tendo como um dos seus eixos articuladores a busca de inclusão social por meio de mecanismos de inserção social que independam do mercado de trabalho formal. Assim, se num primeiro momento a busca da intersectorialidade pelo setor da saúde vinculava-se ao objetivo de consoli-

³ Sobre o tema, ver: Cohn (2003).

dar na sociedade uma nova concepção de saúde e maior eficácia dos serviços sobre os níveis de saúde da população, agora ela passa a ser vista como um componente do conjunto maior de busca de inclusão social de vastos segmentos da população que não terão acesso ao mercado de trabalho.

Entretanto, há duas faces nessa moeda: uma que discute e concebe a inclusão social como um mecanismo de combate à pobreza – uma vez que a causa desta é concebida como residindo na desigualdade social, trata-se de formular e implementar políticas de saúde inclusivas, redistributivas e equânimes. E outra que, embora não fuja de contemplar como uma das causas da pobreza a desigualdade social, privilegia a ótica da necessidade de os pobres e indigentes acumularem capital social para com isso terem condições de, por si mesmos, superarem sua condição de pobreza. Trata-se da concepção neoliberal de desenvolvimento social, que se traduz em propostas de políticas sociais focalizadas nos grupos socialmente mais vulneráveis.

A rigor, são essas duas vertentes que se encontram em disputa atualmente na formulação e implementação das políticas sociais. No entanto, cabe assinalar que, enquanto para as demais políticas sociais a questão da universalização e da focalização ainda se faz presente, este não é o caso da saúde, ou mais especificamente do SUS, como se vem procurando argumentar. Neste caso, ao contrário dos demais, o binômio ‘universalização e focalização’ é substituído pelo binômio ‘exclusão e inclusão social’, exatamente porque a dimensão da justiça social, ao longo do movimento sanitário, consolidou-se nas propostas e políticas de saúde, mesmo quando pontualmente estas não corresponderem diretamente àquele preceito maior.

Isso não significa, por sua vez, que os desafios teóricos e práticos que ainda têm de ser enfrentados no que diz respeito ao SUS não possam estimular uma volta àquele antigo binômio, o que no caso representaria um importante retrocesso. Dentre esses desafios, destacam-se:

- A dominância da questão do financiamento do setor se sobrepondo à lógica de implementação de novos programas que obedeçam aos preceitos do SUS: o perigo da racionalização dos recursos (dos gastos) baseada na contenção das despesas pode significar – e por vezes vem acontecendo – que a lógica da saúde como um direito, e nessa condição exigindo a equidade do acesso à atenção e aos serviços de saúde, seja substituída na prática pela lógica da eficácia de determinadas ações em detrimento

de outras, neste caso regido pela lógica de parâmetros de impacto sobre determinados indicadores de saúde/doença;

- O predomínio da concepção de se pensar e operacionalizar políticas do SUS de forma estanque, sem se levar em conta que o sistema de saúde brasileiro é composto de dois subsistemas: o SUS e o privado prestador de serviços de saúde (lucrativo e não-lucrativo) e pelas operadoras. Isso teria como uma das consequências indesejáveis, mesmo quando não intencional por parte dos gestores, não só reatualizar a antiga dicotomia entre serviços públicos estatais e serviços privados de saúde, e portanto fragmentar a clientela tendo como parâmetro o consumo de serviços de saúde (via Estado ou via mercado), bem como continuar promovendo a segmentação do sistema de saúde em seu conjunto e do subsistema privado, tornando assim cada vez mais complexa a conquista da saúde como um direito. Em outras palavras, se estaria com isso reafirmando a saúde como um direito pelo lado das vias de acesso ao consumo dos serviços, e não pelo lado do seu estatuto de direito de cidadania;
- A não diferenciação entre Estado provedor e Estado produtor de serviços de saúde e, em consequência, confundindo-se o público com o estatal. A experiência histórica do Brasil não só desqualifica pensar o estatal como algo que por si só estaria voltado de forma automática para a coisa pública, como um dos maiores desafios atualmente presentes é tornar o Estado capaz de regular o mercado na área da saúde de forma a contemplar, de um lado, o caráter público das ações produzidas pelo setor privado prestador de serviços vinculados diretamente ao SUS, e de outro, mesmo reconhecendo a lógica privada do subsistema privado prestador de serviços de saúde, ser capaz de regular esse mercado de forma que a especificidade da saúde como um bem de relevância pública seja respeitada;
- Da mesma forma que, ao não se atentar para a complexidade da composição do SUS e do sistema de saúde brasileiro, bem como para a diferenciação entre Estado produtor e Estado provedor de serviços de saúde, o desconhecimento de uma ‘segunda onda’ de privatização do sistema de saúde que vem ocorrendo nos anos mais recentes pode comprometer os avanços alcançados. Ao contrário da ‘primeira onda’, que consistiu na compra pelo Estado dos serviços de saúde produzidos pelo setor priva-

do, com isso possibilitando a constituição precoce no país (se comparado com os demais países latino-americanos) de um setor privado prestador de serviços de assistência médica extremamente complexo, esta ‘segunda onda’ consiste na tendência, no bojo das reformas do Estado, de se transplantar para o interior dos serviços públicos estatais a racionalidade privada por meio da terceirização das gestões dos equipamentos de saúde e da adoção da racionalidade econômica própria da economia da saúde em termos de custo/efetividade. O desafio aqui reside em se pensar sobre através de que mecanismos e com quais parâmetros deve-se buscar o equilíbrio eficiência/efetividade nos serviços e nos sistemas públicos estatais de saúde (do local ao nacional), tendo como diretrizes centrais a equidade e a integralidade do acesso.

Por fim, se os próprios programas clássicos de saúde pública, bem como os numerosos programas atuais, se constituem em políticas focalizadas no sentido da necessidade de contemplarem as especificidades das morbidades que têm como objetivo combater, e portanto dos grupos sociais mais vulneráveis a elas, essa ‘focalização’ no geral é feita, e disso não pode prescindir, da ótica de políticas universais que contemplam as especificidades como diferenças e não como desigualdades. Assim, se determinados programas de saúde trazem consigo necessariamente a discriminação das especificidades do fenômeno saúde/doença e dos grupos que este atinge, as políticas de saúde no seu conjunto devem necessariamente estar articuladas e associadas a estratégias integradoras no interior do próprio setor da saúde bem como no interior do conjunto das políticas sociais de combate à exclusão e à desigualdade social.

Essas especificidades próprias do setor da saúde, e que em última análise remetem à dimensão das diferenças, no entanto não podem ser tomadas e transformadas pelo poder público em desigualdades, o que ganha especial importância nos tempos presentes. Isso porque as políticas de saúde que vêm sendo implementadas no âmbito do SUS nos últimos 15 anos de certa forma reproduzem ‘pelo avesso’ as propostas ditadas pelos preceitos neoliberais. Deve-se frisar o ‘pelo avesso’: ao invés de programas focalizados de segmentação entre ‘pobres’ e ‘não-pobres’, eles ganham o significado de efetivar a universalização do acesso aos serviços de saúde, o que necessariamente não é o caso do que vem ocorrendo com os demais setores sociais. Estes vêm, crescentemente, associando políticas de combate à pobreza a contrapartidas obrigatórias dos beneficiários, quer no que

diz respeito à saúde, quer no que diz respeito à educação, por exemplo. São as famosas ‘condicionalidades’, que se não cumpridas têm como reação do poder público não o rastreamento das causas do seu não cumprimento, mas a punição com a suspensão do benefício. É o caso, entre outros, dos programas de transferência de renda.

O setor da saúde é, indubitavelmente, um valioso parceiro desses programas. Não obstante, seja vinculado a essa parceria, ou seja por si só, a tendência que se verifica hoje em todas as políticas sociais é a de serem implementadas por meio de programas que promovem uma enorme capilaridade social do Estado, que acaba assim por invadir, inclusive, o âmbito privado da vida dos indivíduos. É o caso do Pacs e do PSF. Não se trata aqui de apontar o bom e o ruim que isso pode representar. Tampouco se pode desconhecer que esse fato novo, sobretudo numa política setorial, como é o caso da saúde, que tem na sua essência ser normativa do comportamento dos indivíduos (haja vista a frequência com que nos textos analíticos se encontra a expressão ‘mudar o comportamento das pessoas’ ao invés da expressão ‘mudar a atitude dos indivíduos’, esta sim seguindo os preceitos inerentes à condição dos indivíduos como cidadãos) deve levar à indagação sobre os riscos de programas dessa natureza, em particular na saúde, estarem significando um movimento paradoxal: busca-se através deles a extensão dos direitos à saúde, mas ao mesmo tempo eles geram um enfraquecimento da esfera pública na sociedade, e com isso enfraquecem o processo social e político de constituição da cidadania, dado que o Estado, ao penetrar no espaço privado da vida social, torna opacas as fronteiras entre espaço público e privado, com isso dificultando a própria construção da identidade desses sujeitos sociais que estão sendo resgatados por meio dessas mesmas políticas de saúde. Talvez seja esta mais uma ‘díade contraditória’ da experiência de implantação do SUS, e que aponta para a necessidade de não desvalorizar a dimensão política inerente à constituição dos direitos sociais, no geral facilmente anulada pelo predomínio da dimensão técnica na proposição de indicadores de monitoramento e avaliação das políticas sociais e, conseqüentemente, das políticas de saúde.

Referências bibliográficas

- CAMPOS, A. et al. (Orgs.). *Atlas da Exclusão Social no Brasil: dinâmica e manifestação territorial*. v. 2. São Paulo: Cortez, 2003.
- COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1): 9-18, 2003.
- COHN, A. Transferência de renda e questão social. In: VELLOSO, J. P. R. & ALBUQUERQUE, R. C. (Coords.). *Cinco Décadas de Questão Social e os Grandes Desafios do Crescimento Sustentado*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2005.
- CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 319-328, 2001.
- GRAU, N. C. A rearticulação das relações Estado-sociedade: em busca de novos significados. *Revista do Serviço Público*, 120(1): 113-140, 1996.
- SALLUM JR., B. Metamorfoses do Estado brasileiro no final do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 18(52): 35-54, 2003.
- SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.
- VERGARA, C. El contexto de las reformas del sector de la salud. *Pan American Journal of Public Health*, 8(1/2): 7-12, 2000.

13. O SUS E OS DESAFIOS DA UNIVERSALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: TENSÕES E PADRÕES DE CONVIVÊNCIA ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Ligia Bahia

O sistema de saúde brasileiro é visivelmente contraditório. A universalização do direito à saúde, que dinamiza o debate e imprime novos sentidos às práticas de expansão de coberturas e modelos de atenção, convive, de certo modo, harmoniosamente, com um expressivo mercado de serviços e empresas de planos de saúde privados, que também incorpora novos processos gerenciais e tecnológicos. As tensões entre a universalização e a segmentação e sua transformação em solução de acomodação de interesses opostos vêm despertando a atenção dos pesquisadores e dos integrantes dos fóruns de formulação e avaliação de políticas públicas.

É consenso entre os estudiosos que o direito universal à saúde, o qual fundamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), representa uma profunda ruptura com as formas pretéritas de organização das políticas de saúde no país. A promulgação da Constituição em 1988, contemplando um conceito ampliado de saúde, e o reconhecimento dos direitos de cidadania ao acesso a cuidados e atenção à saúde, organizados por um sistema único sob responsabilidade estatal e integrante da Seguridade Social, inscreveu o Brasil entre os países que propugnam a universalização de direitos sociais. Ao saudar o novo marco jurídico-legal da saúde, pesquisadores da área de saúde coletiva o contextualizaram entre outras demandas sociais tomadas, no final da década de 1980, como intrínsecas ao desenvolvimento econômico de uma sociedade democrática. Para Paim (1992: 179), “a bandeira de luta da Reforma Sanitária obteve êxitos consideráveis no que se refere à legislação”. Fleury (1994: 226) consignou a mudança na saúde como “provavelmente a mais importante realizada no campo das políticas sociais”.

A par do reconhecimento sobre a importância da formalização do direito à saúde, a rica reflexão sobre as perspectivas e os limites de aprofundamento da Reforma Sanitária e a participação no processo de elaboração e aprovação do texto constitucional desautorizou qualquer celebração desmedida. A dissidência em torno da concretização de determinadas conquistas sociais plasmadas na Constituição e a conseqüente depuração dos quadros progressistas que ocuparam postos-chave na Previdência Social e na Saúde, ainda no final da década de 1980, foram atribuídas, principalmente, à fragilidade política da base de apoio à Reforma Sanitária. Os movimentos e os partidos políticos que a elaboraram e lutaram por traduzi-la operacionalmente foram derrotados no segundo turno da eleição presidencial de 1989.

Os trabalhos sobre o tema consideram que a *démarche* da Reforma Sanitária desalojou os representantes dos interesses privados, ao menos parcialmente, de lugares estratégicos no aparelho de Estado. O redirecionamento de uma parte do financiamento da Previdência Social para estados e municípios e a abertura de instâncias de decisão sobre a saúde à participação popular buscaram reorientar a política de privatização engendrada pelo regime autoritário. No entanto, os canais de articulação dos interesses privados, antes diretos com a Previdência Social, foram refeitos por meio de um deslocamento das demandas de determinados prestadores privados e empresas de planos de saúde para outras instâncias governamentais e da aproximação com políticos conservadores. Os denominados empresários da saúde se contrapuseram às ações integradas de saúde, às conclusões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ao relatório da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, à implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), às propostas sobre saúde na constituição e à Lei Orgânica da Saúde (Paim, 1992; Cordeiro, 1991).

No início da década de 1990, as margens estreitas à passagem das proposições da Reforma Sanitária foram ocupadas pelo anúncio de políticas racionalizadoras. Contrapondo-se às perspectivas otimistas sobre as possibilidades de reduzir as desigualdades pelas políticas sociais, o ceticismo dos neoliberais projetado em uma reforma da reforma da Previdência desfigurou o conceito de Seguridade Social impresso na Constituição de 1988. A perspectiva da instituição de fundos de capitalização em contraposição ao regime de repartição simples representou um brutal desvirtuamento do modelo de Seguridade Social aprovado pela Constituição de 1988. O objetivo de que a

Previdência Social seja economicamente eficiente, condição *sine qua non* para o cumprimento de seu papel central no sistema de proteção social, tornou-se destituído de sentido quando dissociado de um padrão de justiça. A coletivização dos riscos reflete e projeta histórias baseadas em culturas de solidariedade e direitos.¹ A aprovação das Leis Orgânicas específicas entre 1990 e 1993 consolidou a fragmentação e a institucionalização de competências exclusivas de cada área por distintos ministérios. Adicionalmente, as receitas do orçamento da Seguridade foram desviadas e discriminadas.

O direito universal à saúde, princípio basilar de um SUS abrangente e inclusivo, que seria assegurado pela ampliação e diversificação das fontes de financiamento da Seguridade Social, foi pejorativamente designado como utopia. O desfinanciamento do SUS,² conseqüente ao compromisso dos sucessivos governos de obter elevados superávits primários e da ‘desconstitucionalização’ do orçamento da Seguridade Social, comprometeu de fato a premissa de universalidade do acesso à saúde.

Mas os preceitos de privatização e individualização do risco, característicos dos seguros baseados na correspondência entre contribuição e benefício, retomados como instrumental teórico-operacional para reformar a Previdência não incidiram diretamente sobre o SUS. O arcabouço jurídico-legal do SUS mostrou-se, de certa maneira, imune às tentativas de mudanças no texto constitucional, favoráveis aos interesses dos empresários privados da saúde.³ No entanto, os posicionamentos sobre o papel da saúde pública como suplementar à ação do mercado passaram a pautar diversos fóruns de discussão e elaboração de políticas de saúde.

As proposições derivadas de uma compreensão sobre saúde – como assistência médica individual provida pelo mercado e ações coletivas sobre o ambiente e para os destituídos de renda, a cargo do Estado, reinterpretadas pelas entidades médicas e sindicais – impregnaram a agenda governamental,

¹ Contas previdenciárias individuais, privadas e capitalizadas dificilmente garantirão à maioria da população um nível adequado de bem-estar na velhice, pois uma proporção significativa de cidadãos brasileiros não conseguirá acumular créditos para garantir benefícios de aposentadoria adequados, na medida em que uma parcela considerável dos atuais jovens tem vínculo informal com o mercado de trabalho.

² As crises decorrentes do ‘desfinanciamento’ da saúde agudizaram-se no período de 1994 a 1995 e foram em parte contornadas com a aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que atualmente representa uma das principais fontes de financiamento do SUS.

³ A proposta de alteração sobre a universalização e a gratuidade dos serviços de saúde como dever do Estado foi encaminhada na esteira das emendas sobre a Previdência Social, em 1995, mas foi retirada do debate pelo governo. Para mais detalhes, ver o trabalho de Melo (1997) sobre as reformas constitucionais e a Previdência Social.

especialmente a de setores da área econômica. As dicotomias entre individual e coletivo, prevenção e cura, foram circunscritas às fontes de financiamento: o SUS ‘coletivo’ para ‘aqueles que não podem pagar’ e necessitam ações básicas de prevenção; a assistência médica ‘individual’ para os integrados no mercado de trabalho.

Na prática, as diretrizes legais do SUS, embora intactas, não foram suficientes para conter movimentos que o moldaram segundo princípios distintos dos propugnados pela Constituição de 1988. Quinze anos após seu batismo legal, o SUS é considerado por uma grande parcela dos profissionais da saúde, órgãos de imprensa, determinadas autoridades governamentais, empresários e sindicalistas como um sistema para os pobres. A solução aparentemente realista e eficaz para acomodar as tensões tem sido encarada pelos otimistas como uma etapa de um processo de amadurecimento que evoluirá para a conformação de um sistema de fato único. Os pessimistas o vêem como demonstração cabal da ineficiência do público e imprescindibilidade do mercado. Ambas as interpretações supõem a impossibilidade de uma universalização, em curto prazo, e, de certo modo, admitem uma complementaridade harmoniosa entre sistemas diferenciados pelo *status* socioeconômico das demandas.

As apreciações teóricas sobre a disjuntiva universalização-esquemas assistenciais particulares erigiram conceitos sobre o fenômeno de inclusão/exclusão de demandas aos direitos sociais no Brasil. Cidadania regulada, universalização excludente, cidadania invertida, americanização do sistema de proteção social e acumulação de direitos constituem categorias que sintetizam um padrão de acesso aos direitos sociais mediado pela vinculação ao mercado formal de trabalho. Esses referenciais aplicam-se à análise do SUS e à expansão dos planos de saúde privados, inclusive porque alguns foram elaborados especificamente em função dos desafios de refletir sobre o sistema de saúde brasileiro, formalmente universal e, na prática, segmentado e estratificado.

Depreende-se, portanto, que as tarefas relativas à análise do processo e os obstáculos enfrentados para a concretização das diretrizes do SUS, durante os primeiros anos de vigência da nova legislação, foram cumpridas. No entanto, as lacunas no conhecimento sobre as relações entre o SUS e o sistema privado de serviços de empresas de planos e seguros de saúde, que ganham relevo a partir de meados da década de 1990, são notórias. As advertências de autores como Paim (2002: 274) sobre a omissão das propostas de organização do SUS em

relação aos ‘interesses cristalizados da indústria da saúde’ não sensibilizaram profundamente nem os fóruns de debate sobre a Reforma Sanitária, nem a produção acadêmica. A esperança de ter deixado para trás o passado, no qual a Previdência Social havia estimulado a privatização, confirmava-se pela organização de um futuro movido por relações intergovernamentais que pareciam blindar as instituições de saúde, ao menos no plano federal, contra os interesses privados. Essa suposta ‘descontaminação’ do SUS dos interesses do mercado restringiu o debate e a reflexão sobre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro.

No que diz respeito às instâncias de debate, as sucessivas Conferências Nacionais de Saúde, após a oitava, realizada em 1986, examinaram apenas alguns detalhes dos problemas relacionados com serviços, empresas de planos, vendedores e fabricantes de insumos e equipamentos privados ou subscreveram formulações genéricas sobre as relações entre interesses públicos e privados na saúde. A rarefação de diretrizes e proposições sobre serviços privados, filantrópicos e empresas de planos de saúde na 12ª Conferência Nacional de Saúde,⁴ que ocorreu em 2004, sinaliza o distanciamento dos técnicos e conselheiros de saúde do debate sobre uma suposta esfera do mercado, ora oculta, ora tida como inexpugnável. Em contraste, o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar convocaram o Fórum de Saúde Suplementar, integrado quase que exclusivamente pelos empresários privados e consumidores de planos de saúde. Nessa arena, os empresários da saúde não se furtaram de designar ao SUS o papel de assistir os destituídos de renda.⁵

Em termos da produção acadêmica, a primeira florada de trabalhos sobre a expansão do mercado de planos privados de saúde e as análises centradas nas questões do federalismo no Brasil e nas reflexões sobre o SUS não aprofundaram as análises sobre as interfaces entre mercado e Estado. No entanto, o cotejamento desses trabalhos mais recentes, dirigidos a responder questões relevantes sobre a magnitude das coberturas, características das empresas de planos e

⁴ Entre as centenas de resoluções publicadas no Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, os planos de saúde – aos quais estão vinculados pelo menos 25% da população – foram mencionados em apenas sete.

⁵ Segundo exposição do presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Arlindo Almeida, em 2003, no Fórum de Saúde Suplementar “o governo deve centrar suas atenções no SUS uma vez que é incapaz de absorver a população atendida pelos planos de saúde, tanto quantitativamente, quanto qualitativamente, pois cerca de 40% da População Economicamente Ativa tem um nível de exigência de um atendimento de qualidade superior àquele prestado pelo SUS” (1ª etapa do Fórum de Saúde Suplementar, 25 a 27 de julho, Brasília, 2003, Anotações Pessoais).

seguros de saúde e impacto das estratégias de descentralização, com aqueles anteriores que enfatizaram as disputas entre projetos de reforma e a preservação do modelo privatizante, permite questionar a declarada autonomização das relações entre Estado e mercado no sistema de saúde.

Esse fio condutor – o exame das possíveis linhas de continuidade e ruptura das relações entre o público e o privado do atual sistema de saúde, formalmente universal, com seu antecessor, o seguro social – pode contribuir para avançar hipóteses sobre o que teria mudado ou não, no que se refere especificamente aos serviços e planos privados de saúde.

Para identificar os elementos iniciais para uma análise sistêmica dos componentes públicos e privados do sistema nacional de saúde, as informações sobre as relações entre o público e o privado foram agregadas segundo conjunturas distintas. A primeira parte do trabalho dedica-se ao processo de expansão de coberturas e privatização da assistência médica da Previdência Social e a segunda, à reordenação que acompanha o atual modelo de universalização e segmentação das demandas e da oferta de serviços assistenciais. A análise das duas modalidades de articulação entre o público e o privado considera três dimensões: o contexto institucional, a magnitude de recursos públicos e privados envolvidos e, por fim, o debate e as arenas de negociação dos interesses em disputa.

Desenvolvimentismo, expansão de coberturas e privatização: assistência médica previdenciária, incremento da oferta de serviços privados e criação das empresas de planos de saúde

O período desenvolvimentista, marcado pela expansão do capitalismo industrial, pelo reordenamento urbano-institucional e pelo rearranjo das relações entre o público e o privado (Estado e sociedade) por meio da instauração de um corporativismo estatal, atravessa a Era Vargas, os governos democráticos que a sucederam brevemente e a longa permanência do regime militar. O forte intervencionismo estatal que caracteriza a configuração de sistemas de proteção social, marcados pelo corporativismo, incidiu de maneira específica na organização da assistência à saúde.

Não se poderia deixar de assinalar, no entanto, as profundas diferenças – em particular no que concerne ao tema ‘relações entre o público e o privado na organização de esquemas assistenciais de saúde’ – das políticas do regime

militar em relação ao desenvolvimentismo calcado na participação, ainda que tutelada, dos trabalhadores e empresários. As políticas previdenciárias, após a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), em 1967, apoiaram-se na privatização dos serviços de saúde e na expansão de empresas de planos de saúde. Essa primeira aproximação, contudo, não levou em conta outros importantes matizes que poderiam ser trazidos à tona por periodizações mais rigorosas. Entretanto, a opção por dividir o período desenvolvimentista, com base apenas nas relações da organização das instituições de previdência com o ordenamento das redes de serviços de saúde, atende aos objetivos de elaborar um mapeamento parcial dos processos e das formas de acesso da sociedade ao Estado no âmbito da Previdência Social.

OS INSTITUTOS DE PREVIDÊNCIA SOCIAL E A ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

Durante a redemocratização, após a ditadura de Vargas, os institutos de previdência, criados na década de 1930 abrangendo associados por categoriais profissionais, possuíam um cardápio diferenciado de benefícios. Mas apresentavam características semelhantes no que diz respeito à organização de redes de assistência médico-hospitalar.

A consolidação, a expansão de coberturas e o debate sobre a padronização de benefícios previdenciários, no final da década de 1950 e início da década de 1960, levou à preservação e o incremento da prática liberal da medicina e de hospitais privados e dos serviços médicos das empresas empregadoras. Os prestadores privados de saúde complementavam os serviços próprios ou constituíam a rede assistencial dos IAPs.⁶ Os regulamentos dos IAPs admitiam que a assistência médica e hospitalar pudesse ser prestada diretamente ou mediante contratos ou convênios com outras entidades oficiais ou com particulares.⁷

⁶ O Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos (IAPM) foi criado pelo Decreto n. 22.872, de 29 de junho de 1933; o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes (IAPC), pelo Decreto n. 24.273, de 22 de maio de 1934; o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários (IAPB), pelo Decreto n. 24.615, de 9 de julho de 1934; o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários (IAPI), pela Lei n. 367, de 31 de dezembro de 1936; o Instituto dos Servidores Públicos Federais (Iapse), pelo Decreto n. 3347, de 12 de junho de 1941; e o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviço Público (Iapfesp), pelo Decreto n. 34.586, de 12 de novembro de 1953.

⁷ O Decreto-lei n. 54, de 12 de setembro de 1934, aprova o regulamento do IAPB. O Decreto-lei n. 183, de 26 de dezembro de 1934, aprova o regulamento do IAPC. O Decreto-lei 8.450 de 26 de dezembro de 1945 institui o regime de assistência médica e hospitalar dos servidores federais.

O Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), que adotou, inicialmente, critérios claramente securitários de atuação, como limite de idade e comprovação de higidez para seus associados, posteriormente revogados,⁸ tardou em organizar uma rede de serviços de saúde. Os industriários, que constituíam o maior contingente de segurados, eram atendidos pelos serviços médicos das fábricas, pelos serviços assistenciais do Serviço Social da Indústria (Sesi)⁹ e por médicos que atendiam em seus consultórios particulares e hospitais contratados diretamente pelas empresas empregadoras.

Em 1955, o Sesi constatou a presença de serviços médicos próprios em cerca de 45% de uma amostra de 2.137 indústrias de São Paulo. No Rio de Janeiro, um inquérito semelhante foi realizado em 1960, evidenciando que, entre 329 estabelecimentos, aproximadamente 75% dispunham de serviços médicos. As consultas eram realizadas nos serviços médicos das empresas ou no consultório particular dos médicos e os exames de laboratório ou radiológicos eram encaminhados ao Sesi ou a serviços credenciados pelas empresas empregadoras que ofereciam um desconto de 30 a 50 % (Nogueira, 1967).

A insuficiência da capacidade instalada dos serviços próprios para o atendimento das demandas e a opção por um atendimento diferenciado justificaram a contratação de serviços privados pelos IAPs. Entre 1930 e 1945, o número de segurados ativos das instituições de previdência passou de 157.486 para 2.762.822 e, no final desse período, o número total de hospitais próprios dos IAPs não chegava a quatro (Oliveira e Fleury, 1985).

A expansão das coberturas dos IAPs e as reorientações sobre a relevância da assistência médica como benefício previdenciário estimularam a aquisição e a construção de serviços próprios pela maioria dos IAPs, no final da década

⁸ Decreto n. 1.918 de 27 de agosto de 1937, aprova o regulamento do IAPI, que dispôs:

A inscrição do associado dependerá do preenchimento das seguintes condições: a) ter mais de 14 e menos de 50 anos de idade; b) submeter-se a exame médico, no qual se apure não se achar o examinado em precárias condições de saúde. Aquele que for impugnado no exame médico a que este artigo se refere não poderá ser inscrito como associado, fazendo o Instituto, imediatamente, a comunicação do resultado do exame ao empregador respectivo, para os devidos fins. Essas restrições foram revogadas pelo Decreto-lei n. 8.769 de 21 de janeiro de 1946, segundo o qual a admissão dos associados obrigatórios do IAPI independe de condições de idade e saúde.

⁹ O Sesi, organizado e dirigido pela Confederação Nacional da Indústria, foi criado pelo Decreto-lei n. 9.403, de 25 de junho de 1946.

de 1940 e início da de 1950.¹⁰ A contratação de prestadores privados de serviços tornou-se uma estratégia para complementar ou constituir a rede de serviços em cidades destituídas de estabelecimentos próprios. As categorias associadas aos IAPs manifestavam, explicitamente, preferência pelos serviços privados (Bastos, 1979, 1986). O acesso a um gradiente de qualidade de médicos e hospitais particulares era mediado pelo valor de contribuição para os institutos.

O trabalhador paga a Previdência Social. E a idéia é de que a Previdência era sustentada pelo trabalhador e pelo empregador. A idéia de que isso é um custo social não existia. Eles tinham consciência muito viva do que eles pagavam. Então falavam o seguinte: – Se nós pagamos a Previdência não é para ir para hospital público. Para ir ao hospital público você não precisa pagar coisa nenhuma. Segundo o nosso trabalhador, não é cobaia de estudante de medicina, não vai para hospital de ensino médico (...). Logo a Previdência Social como instrumento de custeio da assistência médica ou vai ter seus serviços próprios ou vai mandar para a casa de saúde particular. Isso não tinha discussão. (...) Era uma reivindicação deles. Eles não admitiam. E muito menos os bancários. (Bastos, 1986: fita 6)

A respeito desta classe profissional, “o [instituto] dos bancários (...) credenciava os melhores especialistas e também os melhores hospitais particulares de cada cidade” (Bastos, 1979: 99).

A constituição de instituições previdenciárias públicas e a acelerada expansão de coberturas dos IAPs foram contemporâneas à emergência de institutos de servidores estaduais, municipais, associações de empregados – como a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi), criada em 1944 – e esquemas assistenciais organizados diretamente por empresas empregadoras que também adotaram o credenciamento de médicos e hospitais privados. A conjugação de um alargamento da intervenção estatal nas políticas de saúde dirigidas aos trabalhadores para a preservação de modalidades de natureza privada e autonomia dos prestadores de serviços de saúde redefiniu as interfaces entre o público e o privado. É importante sublinhar que as formas heterodoxas e flexíveis de relação entre o público e o privado, que configuraram as políticas de assistência

¹⁰ O IAPC, o segundo maior em número de segurados, optou por organizar uma rede ambulatorial própria ou contratada para controlar a demanda aos serviços hospitalares (embora tenha construído três hospitais próprios). O IAPM, detentor, do menor número de associados, também priorizou os serviços próprios, inclusive hospitalares (construiu três hospitais próprios). Os seus congêneres Iapetec (transportes e cargas) e Ipase também adquiriram ou edificaram hospitais e estabelecimentos ambulatoriais (Bastos, 1979).

médica previdenciária, não foram admitidas, naquele momento, como estratégias de organização da oferta de aposentadorias e pensões. A criação do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários (IAPB) fez-se acompanhar de uma política de desestímulo proposital à filiação dos trabalhadores do Banco do Brasil a uma caixa de montepio privada, atual Previ.¹¹

Do ponto de vista da oferta de serviços, a opção pelo credenciamento de serviços privados potencializou a construção e as reformas de ampliação de hospitais particulares, nas décadas de 1950 e 1960, e as aspirações de inserção dos médicos no mercado de trabalho. Um médico poderia, com alguma facilidade, tornar-se sócio de um hospital, ser empregado de um IAP e manter seu consultório particular para o atendimento de segurados dos IAPs, trabalhadores de empresas empregadoras que mantinham esquemas assistenciais próprios e clientes particulares. A demanda para o hospital de propriedade do médico era, naturalmente, constituída pelos pacientes dos IAPs e das empresas empregadoras. A diversificação dos vínculos tornava mais favoráveis as condições de atuação dos então ‘empresário-profissionais por conta própria’.

O crescimento dos serviços privados e ainda dos próprios indica, portanto, que os limites de despesas com assistência médica e por vezes de coberturas parecem não ter afetado a conquista pelos IAPs do posto de principais compradores de serviços privados de saúde e, menos ainda, de sua importância como empregadores de médicos e outros profissionais da saúde.

Entre 1934 e 1946, o número de estabelecimentos de saúde aumentou de 1.044 para 3.420. A proporção de estabelecimentos particulares, cerca de 50% do total, manteve-se praticamente inalterada. No entanto, o número de hospitais particulares aumentou de 1.305, em 1946, para 2.390, em 1964, e o de hospitais públicos ficou constante (442 em 1946 e 457 em 1964). Em 1963, os institutos contavam entre seus associados, aposentados e pensionistas (conforme a nomenclatura dos IAPs) com 6.938.700 de pessoas, enquanto a população brasileira era estimada em 77.521.000 de habitantes. Os gastos com assistência à saúde variavam entre os distintos IAPs e, em 1964, atingiram 21,9% do total da receita de contribuições (Oliveira e Fleury, 1985; IBGE, 2005).

¹¹ A Caixa Montepio dos Funcionários do Banco da República do Brasil foi criada em 1904 e rebatizada, em 1934, como Caixa de Previdência dos Funcionários do Banco do Brasil. O artigo 29 do decreto de criação do IAPB normatizou a participação dos empregados do Banco do Brasil no IAPB. A Caixa de Previdência do Banco do Brasil será uma instituição pouco relevante até o advento do regime militar. A partir de 1966, é autorizada a complementar os benefícios de aposentadoria de qualquer funcionário da empresa, incluindo os vinculados à Previdência oficial, e aumenta o seu número de filiados de dois mil para quarenta mil. Em 1974, passa a se denominar Previ (Beloch et al, 2004).

As acepções sobre as propriedades do desenvolvimento industrial para resolver, por si mesmas, os problemas sociais explica o hiato entre a pequena abrangência das coberturas previdenciárias em face da magnitude de sua rede assistencial (considerando-se os médicos e hospitais credenciados e as despesas com assistência médica) e os investimentos na então denominada saúde pública. A saúde pública, ou seja, os serviços federais, estaduais e municipais, e as instituições beneficentes eram responsáveis pelo atendimento da maioria da população – os ‘indigentes’. Em 1956, as despesas com assistência médica dos IAPs (Cr\$ 38.787,7 mil) – ressaltando-se que o IAPI, o maior deles, não propiciava cobertura para todos os seus associados e beneficiários – representava, aproximadamente, um décimo dos gastos totais do Ministério da Saúde (Cr\$ 377.402 mil) (Braga e Paula, 1986; Oliveira e Fleury, 1985). As relações entre as instituições previdenciárias e as destinadas aos ‘indigentes’ restringiam-se à subvenção de associações de caridade.¹²

No final da década de 1950 e início da de 1960, a pauta de debates sobre a saúde, no âmbito dos IAPs, estava subordinada à polarização em torno das perspectivas de ampliação e padronização de benefícios para os segurados e pelas concepções sobre a securitização dos IAPs, liderada pelos técnicos do IAPI. Nesse contexto, as influências do Plano Beveridge que, no âmbito mundial, enfrentava simultaneamente o fascismo e o socialismo, parametrizavam (mesmo que indiretamente) as polêmicas entre os defensores de uma previdência mais redistributiva e os adeptos do caráter de capitalização e proporcionalidade da relação entre contribuições e benefícios.

A Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil, de 1945,¹³ poderia ser considerada uma expressão paradigmática do pólo que pretendia uma Previdência Social mais abrangente. Conforme se verifica em seus preceitos:

constitui fim precípua da Previdência Social garantir a todos os brasileiros, e aos estrangeiros legalmente domiciliados no país, os meios indispensáveis de manutenção, quando não se achem em condições

¹² Em 1962, os IAPs em conjunto subsidiaram 465 estabelecimentos hospitalares, 556 para-hospitalares, 1.290 asilos, 699 abrigos, 551 escolas e 294 outros (IBGE, 2005).

¹³ A Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil foi precedida pelo Decreto-lei n. 7.380, de 13 de março de 1945, estendendo aos aposentados e pensionistas das instituições de Previdência Social os benefícios da assistência médica, hospitalar e farmacêutica, e dá outras providências. Esse estatuto legal autorizava a elevação de 0,5% do salário dos segurados para garantir a cobertura das despesas assistenciais.

de angariá-las por motivo de idade avançada, invalidez temporária ou permanente, ou morte daqueles de quem dependiam economicamente. (Artigo 2º, Decreto-lei n. 7.526, de 7 de maio de 1945)

Em oposição, situavam-se os defensores das concepções ‘técnicas’ e contencionistas de seguro, sistematizadas e postas a público por dirigentes do IAPI, como Plínio Catanhede.

O seguro social está muito entrosado em nossa vida econômica e, como não poderia deixar de ser, sofre a influência das grandes dificuldades de ordem geral que aí se fazem sentir; além de ter seus problemas próprios compartilha dos grandes problemas nacionais. Vejamos por exemplo o nível geralmente baixo dos salários, dando origem a benefícios pouco elevados; a desproporção entre os proventos e o custo de vida, nas classes economicamente fracas; a falta de saúde generalizada e a larga incidência de certas moléstias e sobretudo da tuberculose; a subalimentação, em grandes grupos sociais; a crise de moradia e de transportes etc. Nada disso é da alçada da Previdência Social, que não passa, como vimos, de uma modalidade de seguro. (Catanhede apud Oliveira et al., 1978: 188)

Na prática, essas disputas foram decididas em favor do movimento de ampliação das atribuições e coberturas assistenciais dos IAPs, inclusive no âmbito do IAPI. Em 1943, o IAPB incluiu entre suas coberturas a internação por um ano para portadores de tuberculose.¹⁴ O IAPI, pressionado pelo Governo Federal durante a gestão de Helio Beltrão,¹⁵ a partir de 1950, passou a propiciar cobertura para assistência médico-hospitalar por meio de serviços próprios e credenciamento de serviços de terceiros.

As tendências de ampliação dos planos de benefícios ou de cobertura assistencial de cada IAP, que poderiam antes ser interpretadas como resultantes das pressões de grupos específicos, confluíram para as proposições de uniformização das políticas previdenciárias na Lei Orgânica da Previdência Social (Lops),¹⁶ aprovada em 1960. No contexto democrático do final da

¹⁴ O Decreto-lei n. 5.772, de 24 de agosto de 1943, autoriza o IAPB a custear, até o prazo máximo de um ano, a internação, em estabelecimentos especializados, dos seus segurados portadores de tuberculose pulmonar.

¹⁵ Aprovado pelo concurso para o Iapi, em 1937. Um dos formuladores da reforma administrativa de 1967, foi ministro do Planejamento do governo Costa e Silva, entre 1967 e 1969, ministro extraordinário para a desburocratização, entre 1979 e 1984, e ministro da Previdência e Assistência Social entre 1982 e 1983. (Conferir o Instituto Helio Beltrão, disponível em: <www.desburocratar.org.br>)

¹⁶ Lei n. 3.807, de 26 de agosto de 1960.

década de 1950, a Lops foi aprovada em meio à disputa presidencial que deu vitória à oposição liderada por Jânio Quadros. A incorporação das demandas dos segurados, resultante de uma atuação sindical mais coordenada, alargou o espectro de atuação da Previdência Social adotado por cada IAP.

Os impactos da Lops para os desdobramentos da atuação da Previdência Social são inequívocos no sentido da configuração de uma previdência unificada. Mas é preciso observar que o sentido e os propósitos da unificação e ampliação dos direitos dos trabalhadores urbanos estavam inextricavelmente articulados ao projeto de industrialização em curso. Não é por menos que os trabalhadores rurais foram considerados inelegíveis à condição de segurados. E a modulação da assistência médica organizada pela Previdência, orientada pela oferta de mais e melhor para os considerados mais produtivos, marcou profundamente o ordenamento das relações entre o público no sistema de saúde brasileiro.

Pode-se afirmar no que se refere à assistência médico-hospitalar que a Lops normatizou um padrão de ampliação da intervenção do Estado na assistência médico-hospitalar baseado em dois pilares: o credenciamento de serviços e a empresa empregadora. Tais preceitos (artigos 47 a 50)¹⁷ traduziram-se: 1) na instituição de duas modalidades de atendimento – os serviços privados para os que optassem por não participar da remuneração do atendimento prestado e a opção pela livre escolha do médico entre aqueles credenciados mediante o co-pagamento; 2) nas carências e na discriminação de riscos, segundo

¹⁷ Art. 47 – O DNPS organizará os serviços de assistência médica, que será feita de modo a assegurar, quando possível, a liberdade de escolha do médico por parte dos beneficiários, dentre aqueles que forem credenciados, segundo o critério de seleção profissional estabelecido pelo regulamento desta lei, para atendimento em seus consultórios ou clínicas, na base da percepção de honorários *per capita* ou segundo tabela de serviços profissionais, observadas sempre as limitações do custeio dos serviços estabelecidas nesta lei.

Parágrafo único – O mesmo sistema será observado, quando possível, em relação à utilização dos hospitais e sanatórios.

Art. 48 – O segurado que utilizar para si ou seus dependentes os serviços médicos em regime de livre escolha participará do custeio de cada serviço que lhe for prestado, na proporção do salário real percebido, segundo a fórmula que o regulamento desta lei estabelecer.

Art. 49 – As instituições de previdência social manterão, observado o disposto no art. 118, os serviços próprios de ambulatório, hospital e sanatório que forem essenciais, para os segurados que não quiserem valer-se dos serviços de livre escolha de que tratam os arts. 47 e 48, ou para os casos em que essa forma não for possível ou aconselhável de adotar-se.

Art. 50 – Nas localidades onde não houver conveniência na manutenção dos serviços de assistência médica, quer sob a responsabilidade de cada Instituto, quer em comunidade entre estes, promover-se-á a celebração de convênio com empresas ou entidades públicas, sindical e privada, na forma estatuída pelo regulamento desta lei.

as despesas envolvidas no tratamento; 3) na reafirmação e legitimação da participação das empresas empregadoras como arenas de negociação e organização de esquemas assistenciais.

A aceitação tácita de que a Previdência Social intermediaria acessos diferenciados para os segurados, segundo condição de renda e não quanto aos problemas de saúde, sedimentou a segmentação do sistema de saúde brasileiro. Segundo a Lops, os segurados que pudessem escolher os serviços e, para tanto, pagar uma parte das despesas manteriam o direito de serem atendidos nos serviços próprios da Previdência Social, já os segurados de menor renda acessariam exclusivamente os serviços próprios. Instituiu-se, assim, duas modalidades de rede assistencial, ambas legitimadas pela Previdência Social, interligadas pelo financiamento estatal e livre fluxo dos médicos e pacientes de maior renda entre serviços próprios e privados.

Dois outros elementos essenciais à reflexão sobre a organização das redes de assistência médico-hospitalar nesse período são: a tecnificação do ato médico e a elevação dos custos assistenciais e da crise econômico-financeira dos IAPs. A interligação entre os avanços da indústria farmacêutica e a expansão substancial de importações brasileiras de equipamentos médicos contribuíram para a elevação dos gastos da Previdência Social com assistência médica de 7,3%, em 1949, para 19,3%, em 1960 (Braga e Paula, 1986).

No final da década de 1960, os problemas decorrentes da crescente importância econômica da assistência à saúde, projetados sobre uma organização de redes assistenciais baseadas no produtor privado de serviços, já haviam se anunciado. Os trabalhos de Carlos Gentile de Mello consideraram dois fenômenos advindos do padrão de relações entre o público e privado adotado. A variação dos preços e a cobrança indevida dos procedimentos executados pelos serviços credenciados e os múltiplos vínculos dos médicos, incluindo uma alta proporção de assalariados pela própria Previdência Social, foram apontados por Gentile ainda no início da década de 1960 (Mello, 1964, 1980). A liberdade do exercício profissional justificou, também, a aprovação pela Câmara de Deputados em 1964 de um Projeto-de-Lei legitimando o exercício simultâneo de dois cargos públicos pelos médicos (Mello, 1964).

A convivência dos esquemas assistenciais auto-rotulados como liberais pelas entidades de representação dos hospitais privados e entidades médicas, e financiados pelo Estado com a expansão dos serviços próprios dos IAPs, resultou numa fórmula heterodoxa de inserção dos médicos brasileiros nas institui-

ções previdenciárias. Tal como os médicos, os hospitais – com exceção dos próprios IAPs – mantinham vínculos com dois mundos, mas ambos situados nos grandes centros urbanos. A concentração dos serviços assistenciais, conseqüente às expectativas de obtenção de melhores rendimentos, por meio da instalação de serviços e equipamentos modernos próximos às grandes empresas e instalação dos serviços próprios dos IAPs nos mesmos locais, impôs barreiras nítidas ao acesso das populações rurais e das regiões Norte e Nordeste aos recursos diagnósticos e terapêuticos que a medicina passava a dispor (Bahia, 2005).

É importante assinalar, portanto, que algumas das características das relações entre o público e o privado na saúde – entre as quais a privatização e a legitimação da segmentação das demandas – foram estabelecidas antes do golpe militar. A primazia das instituições previdenciárias na articulação de relações entre empresas de plano de saúde-empresas empregadoras e produtores privados individuais frente às instituições de saúde pública também estava cristalizada. A criação dos vários serviços e programas de controle de doenças,¹⁸ relacionados com fluxos migratórios de mão-de-obra para os espaços dinâmicos da industrialização, decalcados das concepções sobre os efeitos automáticos do desenvolvimento sobre a pobreza e os problemas de saúde, e as restrições financeiras decorrentes, entre outros fatores, de uma estrutura tributária incipiente, levariam o Ministério da Saúde a uma “decrepitude administrativa” (Braga e Paula, 1986: 62).

A UNIFICAÇÃO DOS INSTITUTOS: PRIVATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA E A INCORPORAÇÃO ESTRATIFICADA

A unificação dos IAPs, em 1967, pelo Decreto-lei n. 72¹⁹ do regime militar, reposicionou a assistência médico-hospitalar no âmbito da Previdência Social. As antigas dúvidas sobre se competia à Previdência as cober-

¹⁸ Serviço Nacional de Febre Amarela, em 1937, Serviço de Malária do Nordeste, em 1939, e Serviço de Malária da Baixada Fluminense, em 1940. Em 1941, o Departamento Nacional de Saúde do então Ministério da Educação e Saúde compreende os Serviços Nacionais de Tuberculose, Peste, Malária, Lepra, Câncer, Doenças Mentais, Serviço Nacional de Febre Amarela, Departamento Nacional da Criança, Serviço Nacional de Educação Sanitária, Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, entre outros. No início da década de 1940, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública por razões estratégicas relacionadas à produção da borracha. A criação do Ministério da Saúde, em 1953, e a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais, em 1956, expressam os objetivos de acelerar os movimentos migratórios internos e a interiorização da expansão econômica (Braga e Paula, 1986).

¹⁹ O Decreto-lei n. 72, de 21 de novembro de 1966, unifica os IAPs e cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

turas para os problemas de saúde foram rapidamente substituídas pelas certezas a respeito de sua importância para a universalização da Previdência Social no Brasil. A política ambiciosa e acelerada de extensão de coberturas, posta em marcha pelo regime militar como meta de universalizar a proteção à saúde, passou a integrar o discurso de dirigentes da previdência unificada. Tal universalização seria obtida graças à participação de instituições públicas e privadas sob supervisão da Previdência Social. Esse processo de ampliação da intervenção da Previdência Social na organização das redes de serviços de saúde transformou-a no principal núcleo de articulação e compra de serviços privados de saúde do país.

Nesse quadro, a incorporação de segmentos antes excluídos às coberturas de assistência médico-hospitalar foi realizada, fundamentalmente, mediante a compra de serviços privados diretamente dos produtores ou de empresas especializadas na comercialização de planos de saúde. A disputa entre projetos assistenciais alternativos e antagônicos gerou tentativas de implementação de modelos até mais liberais. No entanto, prevaleceu e aprofundou-se o padrão, herdado dos IAPs, de transferência de atividades assistenciais mediante contrato à iniciativa privada. No entanto, a manutenção dessa marca de origem, num processo de intensas mudanças, subordinou-se no plano conceitual e pragmático às novas aceções sobre os serviços e as empresas de saúde. Passou-se a atribuir aos serviços e às empresas privadas de saúde o *status* de indústrias geradoras de riquezas e a conceder-lhes mérito pela resolução dos problemas de déficits de cobertura.

Ainda no período prévio à unificação, as novas concepções sobre o papel da assistência médica e da própria Previdência Social do regime militar foram postas em prática. O crescimento do número de segurados e a reorientação da pauta de benefícios concedidos pelo IAPs, especialmente pelo IAPI, anteciparam e sinalizaram os rumos da assistência médica da Previdência Social após 1964.

Depois da intervenção no IAPI, a Previdência Social “entrou na casa de todo mundo”. A assistência médica tornou-se um atrativo para a ‘angariação’ de novos segurados. Segundo Correa Sobrinho (1986: fita 6), a assistência médica e o auxílio natalidade eram os “benefícios basilares”, porque estariam disponíveis para os trabalhadores ativos, enquanto as aposentadorias e pensões só seriam usufruídas no futuro.

A indústria progredia muito, a indústria estava numa fase de ascensão, numa fase de progresso. O Instituto [LAPI] tinha um milhão de segurados. Ingressaram 500

mil, quase 50% de massa nova. Tinha que dar benefícios aos novos segurados. (...) você tinha uma indústria automobilística, uma indústria nova, cheia de gente nova. Estavam ingressando na Volkswagen, na General Motors, na Mercedes-Benz. Tudo gente nova, que ganhava bem, pagava bem, mas que não usava o Instituto [LAPI] para nada. (Sobrinho, 1986: fita 3)

incuti na cabeça dos outros dirigentes do LAPC, LAPB etc. e tal, que eles deviam dar assistência médica, porque a assistência médica angariava mais segurados, a assistência médica era uma assistência direta. Eu comecei a mostrar que eles só poderiam fazer uma boa administração com uma boa arrecadação e, portanto, se tivessem um maior número de segurados. Como conseguir isso? Por meio da assistência médica, pagando auxílio natalidade ao empregado. Cada vez que o sujeito escorregava, eu pegava ele, [sic] eu o protegia. Eles estavam sendo protegidos pela assistência médica. (Sobrinho, 1986, fita 6)

A opção dos dirigentes da Previdência Social pelo aprofundamento e pela extensão do modelo de organização da rede médico-hospitalar autônoma financiada com recursos públicos deveu-se à adição da proclamada ineficiência do setor público à disposição do governo para estimular a iniciativa privada.

Eu achava que a única forma que havia no Brasil de dar assistência médica era criar uma estrutura particular privada. Não a pública, porque a pública ninguém achou que fosse eficiente. O governo havia dado apoio às instituições financeiras. Antes os bancos eram bancos de depósito. Depois criou outras instituições, todas elas não tinham capital nenhum. (...) Minha idéia era de entregar à assistência privada a prestação da assistência médica, assistência médica individual para os segurados ativos. (...) Dar, fazer o médico dar remedinho para curar dor de cabeça, curar essas coisas é muito barato. Dispúnhamos de estatísticas que mostravam que o sujeito bígido 1 em cada 35 mil é que tinha que fazer uma operação de risco. Então tratar dos 34.999 não dava quase despesa nenhuma. (Sobrinho, 1986, fita 6).

Da orientação privatizante das políticas de assistência médica emanadas da Previdência Social, derivaram duas vertentes de ação: a convocação de consolidação e criação de empresas de planos de saúde e o financiamento para a compra, reforma e construção de hospitais privados. Os denominados grupos médicos, que mais tarde seriam categorizados como empresas de medicina de grupo, tiveram acesso a ambas as modalidades de apoio estatal. Essas linhas de atuação foram duplamente justificadas. Em primeiro lugar, a opção pela transferência de atividades de assistência à saúde à iniciativa privada inscrevia-se entre as tarefas de desenvolvimento, ampliação e moderni-

zação do capitalismo. Em segundo lugar, a elisão da intervenção governamental, sob uma aura privatizante, reforçava o posicionamento de entidades médicas e empresariais contrárias à ‘estatização da medicina’.

O detalhamento das políticas de privatização da assistência médica da Previdência Social evidencia que os propósitos de uma universalização progressiva das coberturas foram obtidos mediante a especialização e adaptação das redes de serviços ao perfil de cada segmento da demanda. A incorporação dos trabalhadores da indústria, situados em particular em São Paulo, foi realizada por meio dos convênios com as empresas empregadoras. A dos trabalhadores rurais exigiu a convocação das Santas Casas e a extensão do credenciamento dos serviços privados do restante dos segurados e beneficiários e os convênios com instituições públicas.

Esse processo de extensão e incorporação de demandas e ofertas relacionadas à saúde e à Previdência Social tem como um de seus primeiros balizadores legais o Decreto-lei n. 66, de 1966,²⁰ que altera a Lops de 1960. As modificações introduzidas no texto da Lops objetivaram ampliar o leque de alternativas dos convênios e contratos com agentes privados pela Previdência Social. A preocupação em detalhar o escopo dos convênios com as empresas (empregadoras), incluindo desde a assistência médica, passando pela avaliação de incapacidades até o pagamento de benefícios pecuniários, revela o deslocamento do papel dos sindicatos de trabalhadores no delineamento das políticas previdenciárias.

Na prática, essas diretrizes vinham sendo adotadas desde a intervenção no IAPI e a execução de um Plano de Emergência, em 1964,²¹ que preconizava os convênios com empresas empregadoras que mantivessem serviços médicos para seus empregados. A possibilidade de realizar esses convênios, que previam a manutenção dos serviços próprios apenas em caráter provisório, foi estendida a todos os IAPs em 1966, poucos meses antes da unificação pelo Plano de Ação da Previdência Social (Paps).²² O Paps recomendava a observação de prioridades institucionais para a prestação de assistência

²⁰ O Decreto-Lei n. 66, de 21 de novembro de 1966, altera disposições da Lei n. 3.607, de 26 de agosto de 1960, e dá outras providências.

²¹ Aprovado em julho de 1964, preconizando os convênios com empresas e entidades que mantivessem serviços para o atendimento dos trabalhadores (Cordeiro, 1984).

²² As premissas do Paps são as mesmas do Plano de Emergência do IAPI, de 1964. Não é por coincidência que José Dias Corrêa Sobrinho foi transferido do IAPI para o Departamento Médico da Previdência Social para executar as tarefas de extensão das coberturas, celebração de convênios com empresas, uniformização e padronização dos procedimentos.

médica, observada a seguinte ordem: serviços médicos das empresas filiadas ou mantidas por órgãos classistas, serviços médicos privados sem finalidade lucrativa e demais serviços privados.

Uma outra medida adotada, logo após a unificação, visando a organizar os serviços médicos para atender a expansão da demanda foi a introdução do pagamento de adicionais de produtividade aos médicos do quadro próprio de servidores do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para os pacientes externos e o pagamento por serviços prestados aos pacientes internos mesmo que nos hospitais próprios. Aos médicos assalariados, após atenderem um valor correspondente a seus honorários como empregados do INPS, foi franqueada a possibilidade de expandir a quantidade de pacientes assistidos.

O afastamento das entidades sindicais dos trabalhadores das decisões sobre os rumos das políticas previdenciárias deu lugar às relações diretas da Previdência com prestadores de serviços e produtores de insumos. As pautas de debate e negociação sobre assistência foram fortemente influenciadas pelas entidades médicas e, mais tarde, pelas de representação dos empresários hospitalares e de empresas de planos de saúde.

No início, as diretrizes de expansão de coberturas e a ampliação da inserção dos médicos e, indiretamente, dos estabelecimentos privados de saúde pelo INPS foram vistas de maneira favorável pelas entidades profissionais. O depoimento do médico Fued Rossi, membro da comissão de finanças da Associação Médica de Goiás, em 1967, esclarece os benefícios advindos da intervenção estatal para a prática em consultórios particulares.

Em última análise dentro da irreversibilidade das tendências que se notam para o profissional, passa a valer o volume de serviços executados. Enquanto um médico otorrino pratica em seu consultório a média de uma intervenção cirúrgica por dia, isso em hipóteses das mais razoáveis, através do INPS ele consegue realizar três, quatro ou mais. A soma dos valores chega, na maior parte dos casos, a ser maior na Previdência do que fora dela. (Médico Moderno, 1967a: 53)

Por outro lado, a apreciação positiva das políticas de assistência médico-hospitalar do INPS pelas entidades não se aplicava aos convênios com as empresas [empregadoras], tidos como antagônicos à livre escolha dos médicos pelos pacientes. As críticas das entidades médicas dirigiam-se, especifica-

mente, aos grupos médicos (empresas de medicina de grupo) que haviam iniciado suas atividades no final da década de 1950,²³ entre as quais a Policlínica Central, responsável pela assistência médica do primeiro convênio empresa com o Iapi, em 1964, com a Volkswagen.²⁴

Para fins de derrogar a ‘intromissão de terceiros no exercício profissional’, exigiu-se a revogação dos dois estatutos legais que respaldavam as empresas especializadas na comercialização de planos de saúde. O artigo 12 do Decreto-Lei n. 66 (permitindo à Previdência Social contratar serviços de terceiros ou das próprias empresas empregadoras, mediante pagamento de preços ou diárias globais, ou *per capita*, que cubram a totalidade do tratamento incluindo os honorários dos profissionais) e o artigo 135 do Decreto-Lei n. 73²⁵ (as entidades organizadas sem objetivo de lucro por profissionais médicos ou por estabelecimentos hospitalares poderão operar sistemas próprios de pré-pagamento de serviços médicos e/ou hospitalares). O arrazoado das entidades médicas contra esses itens, mas amplamente a favor do credenciamento, que assegurava a permanência da prática médica nos consultórios particulares, incluía argumentos contra a estatização.

o Estado deve respeitar o direito de opção exercido no âmbito da família, unidade básica da sociedade, tal como esta é concebida no Brasil. (...) estatização e mercantilização possuem um denominador comum, ambas suprimem os direitos da pessoa física do médico, despersonalizam tanto o médico como o cliente e descaracterizam o médico porque o exploram no sentido comercial ou político. (Médico Moderno, 1967b: 19)

Os outros contendores da disputa sobre o melhor antídoto à estatização – as empresas de planos de saúde – apresentavam, desde então, argumentos baseados na distribuição de renda da população brasileira que inviabilizavam a medicina liberal. A Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramege), criada em 1966, tornou-se um dos principais pólos de formulação e debates sobre a defesa do empresariamento da prática médica. Nesse mesmo período, a coalizão contrária à definição da rede pública de estabelecimentos

²³ Em São Paulo, grupos médicos atuavam atendendo aos empregados de empresas por meio de convênios diretos entre a empresa empregadora e a empresa encarregada de prestar assistência médica antes de 1964, entre os quais a Policlínica Central, criada em 1956, e a Samcil, fundada em 1962. No Rio de Janeiro, a Senasa (embrião da Golden Cross) foi criada em 1963.

²⁴ Esse convênio, assinado em maio de 1964, baseou-se na Lei Orgânica da Saúde de 1960.

²⁵ O Decreto-Lei n. 73, de 21 de novembro de 1966, dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e institui o seguro-saúde.

de saúde como núcleo de organização e expansão da rede assistencial ganhou um outro importante aliado: a Federação Brasileira de Hospitais, fundada em 1965. Essas alternativas – quer as sugeridas pelas entidades médicas, quer as originadas nas empresas de planos de saúde – foram testadas e normatizadas na sequência das políticas voltadas à incorporação de segmentos populacionais às previdenciárias.

Na década de 1970, os benefícios previdenciários foram estendidos aos trabalhadores rurais em 1971,²⁶ aos empregados domésticos em 1972,²⁷ aos trabalhadores autônomos em 1973,²⁸ aos maiores de 70 anos e inválidos em 1974²⁹ e aos empregadores rurais em 1975.³⁰ Entre 1968 e 1978, o número de segurados contribuintes praticamente triplicou (de 7.763.058 de contribuintes para 21.166.088). Em meados desta década, os benefícios da previdência atingiam aproximadamente 78% da população urbana e o orçamento da Previdência Social representava cerca de 40% do orçamento federal (Oliveira et al., 1999).

A intensificação da privatização da assistência médica hospitalar, seja por meio dos convênios com empresas ou pelo credenciamento de prestadores autônomos, gerou um conjunto de regras operacionais auto-reguladas e definidas por Portarias, ordens de serviço que normatizaram as relações entre o financiamento e a prestação de serviços. Esse painel de regulação das relações entre o público e o privado foi profundamente absorvido pelas instituições públicas e privadas, delimitando fronteiras entre mercado e Estado vigentes até os dias atuais.

²⁶ A Lei Complementar n. 11, de 25 de maio de 1971, institui o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (o Prorural).

²⁷ A Lei n. 5.859, de 11 de dezembro de 1972, dispõe sobre a profissão de empregado doméstico. Art. 4º – Aos empregados domésticos são assegurados os benefícios e serviços da Lei Orgânica da Previdência Social na qualidade de segurados obrigatórios.

²⁸ A Lei n. 5.890, de 8 de junho de 1973, altera a legislação de previdência social.

Art. 2º – Definem-se como beneficiários da previdência social: segurados: todos os que exercem emprego ou qualquer tipo de atividade remunerada, efetiva ou eventualmente, com ou sem vínculo empregatício, a título precário ou não, salvo as exceções expressamente consignadas nesta lei.

²⁹ A Lei n. 6.179, de 11 de dezembro de 1974, institui amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências.

Art. 1º – Os maiores de 70 (setenta) anos de idade e os inválidos, definitivamente incapacitados para o trabalho, que, num ou noutro caso, não exerçam atividade remunerada, não auferirem rendimento, sob qualquer forma, superior ao valor da renda mensal fixada no artigo 2º, não sejam mantidos por pessoa de quem dependam obrigatoriamente e não tenham outro meio de prover ao próprio sustento, passam a ser amparados pela Previdência Social, urbana ou rural.

³⁰ A Lei n. 6.260, de 6 de novembro de 1975, institui benefícios de previdência e assistência social em favor dos empregadores rurais e seus dependentes.

Os convênios com empresas, realizados principalmente com as empresas de grande porte em São Paulo, jamais atingiram mais do que 10% da cobertura do total de segurados e beneficiários da Previdência Social (em 1977, o número de segurados cobertos pelos 4.929 convênios com empresas atingiu 1.823.056 e o do total de segurados em 1976 era 18.595.367). Seus efeitos, portanto, não se devem à magnitude da população atendida e sim aos impactos de suas normas sobre definição das coberturas, dos regimes de atendimento e da formatação de planos segundo critérios de *status* socioocupacional. As características finais do plano de saúde para os trabalhadores das empresas do pólo dinâmico da economia foram sendo modeladas ao longo da década de 1970.

A Portaria 106, de 1969,³¹ do Ministério do Trabalho e Previdência Social, previu a restituição de parte das contribuições das empresas de grande porte (um percentual do salário mínimo como subsídio da Previdência Social aos convênios com empresas para a prestação de assistência médica) e a desobrigação da Previdência Social de prestar atendimento aos empregados e dependentes vinculados a essa modalidade assistencial. Em 1971, a Resolução 900.6 do INPS³² estendeu a possibilidade de realização de convênios com empresas de menor porte. A partir de 1972, o INPS autorizou a expedição de atestados para justificar falta por motivo de doença pelos serviços médicos das empresas.

Em 1974, a Previdência Social, no âmbito do Plano de Pronto Ação, estendeu as atribuições dos convênios. O abono dos dias não trabalhados passou a ser uma atribuição exclusiva das empresas de planos de saúde ou dos serviços médicos das empresas empregadoras. Além disso, os empregados e seus dependentes cobertos pelos convênios tiveram suas

³¹ Respalhada pelo Decreto-Lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967, que dispõe sobre a organização da administração federal, estabelece diretrizes para a reforma administrativa. O Art. 156 define que a formulação e a coordenação da política nacional de saúde, em âmbito nacional e regional, caberão ao Ministério da Saúde. Seu parágrafo 2º reafirma que a prestação da assistência médica dará preferência à celebração de convênios com entidades públicas e privadas, existentes na comunidade.

³² INPS/900.6, de 14 de julho de 1971. Estabeleceu que os convênios entre a previdência e as empresas poderiam abranger a totalidade ou parte dos seguintes encargos: processamento e pagamento de benefícios; a realização de exames médico-periciais para a concessão de auxílio-doença; prestação de assistência médica e serviços de diagnóstico e terapia aos segurados e dependentes; e prestação global aos acidentados do trabalho. A empresa poderia fazer um contrato global com a Previdência, assumindo todos os encargos ou apenas parte deles. O custeio da assistência médica teria por base um valor fixo mensal de 5% do maior salário-mínimo vigente no país por empregado da empresa.

carteiras de trabalho anotadas para evitar que os mesmos utilizassem serviços da rede própria da Previdência Social. Em 1975, a Resolução INPS/900.10 revogou a de 1971, eximindo a Previdência de prestar assistência aos aposentados, aos trabalhadores que necessitassem reabilitação profissional e aos internados por mais de 180 dias no período de um ano. Essa mesma medida admitia que as empresas optassem pela oferta de regimes assistenciais (só ambulatorial ou global) e por critérios de elegibilidade (só para o empregado ou para o empregado e seus dependentes).

Tal legislação estabeleceu os pilares para a expansão dos planos de saúde. A divisão dos riscos entre o público e o privado – deixando para o primeiro, além dos idosos, os portadores de seqüelas exigentes de reabilitação, pacientes de longa permanência e casos de tuberculose, doença mental, implantes, transplantes, cirurgia cardiovascular, hemodiálise e microcirurgias – e a ampla margem de decisão das empresas empregadoras sobre a amplitude das coberturas e elegibilidade dos dependentes dos empregados conformam os dois principais vetores que dinamizaram o mercado de planos de saúde nas décadas de 1970 e 1980 (Giffoni, 1981; Mello, 1983).

As duas outras características dos planos de saúde também já se haviam delineado. Em 1978, os gastos com planos de saúde oscilavam entre três a dez vezes mais do que as despesas com os demais segurados e beneficiários. A Previdência Social contribuía com cerca de 30% do total do valor dos planos e o restante era absorvido como custo operacional a ser deduzido do pagamento de impostos, inclusive do Imposto de Renda, a partir de 1974, e pagos pelo consumo de toda a sociedade (Abramge, 1978). Em segundo lugar, estabeleceram-se as redes de serviços especializadas no atendimento dos planos adaptados ao *status* socioocupacional dos empregados. O *status* dos empregados nas empresas passou a informar o acesso às melhores condições do atendimento médico-hospitalar, ainda que nesses casos os planos fossem inteiramente ou em grande parte financiados pelas empresas empregadoras.

Na realidade, as fortes pressões dos prestadores de serviços e das empresas de planos de saúde e suas fortes vinculações com o Estado esterilizavam não só o debate sobre um sistema pautado pelas necessidades da demanda, mas até mesmo os esquemas assistenciais liberais formulados pelos ‘mercantilistas autônomos’. O credenciamento universal dos médicos e o co-pagamento pelos segurados, preceitos pétreos da Associação Médica Brasileira

(AMB), foram incorporados no Plano Nacional de Saúde de 1968³³ e testados pelo ministro da Saúde, Leonel Miranda, em Nova Friburgo, Mossoró e Barbacena. Uma versão de credenciamento universal foi implementada pelo ministro do Trabalho e Previdência, Jarbas Passarinho, em Goiás.³⁴ Ambas as experiências fracassaram. Descartada a privatização por meio da preservação da prática liberal financiada diretamente pelo Estado,³⁵ prevaleceram as alternativas híbridas de empresariamento privado dos médicos.

No início da década de 1970, o discurso contra a mercantilização da prática médica foi assumido pelas cooperativas médicas – que formavam a União dos Médicos (Unimed) – organizadas por associações médicas. A Unimed, “um imaginoso mutualismo que socializa os meios e liberaliza os fins” (Unimed, 1997: 58), conciliou a prática médica em consultórios particulares com os convênios com as empresas. Em termos formais, as Unimed, abertas à participação de todos os médicos, consideraram ter atendido ao código de ética médica, que veda a exploração do trabalho médico por terceiros, com objetivo de lucro, finalidade política ou religiosa (Art. 10º – Princípios Gerais) e a obtenção de lucro sobre o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe (Art. 92). Na prática, as Unimed tornaram-se empresas de comercialização de planos de saúde, com uma rede assistencial baseada nos consultórios particulares dos médicos.

Segundo Edmundo Castilho, fundador da primeira Unimed no Brasil, esta foi a alternativa encontrada para que as “empresas [empregadoras] pudessem ter convênio diretamente com os médicos, garantindo aos seus funcionários a livre escolha do atendimento” (Viveiros, 1999: 60). Mas as cooperativas médicas baseadas na impropriedade da obtenção de ‘mais-valia’ (Unimed, 1997)

³³ Decreto n. 062.614, de 24 de abril de 1968. O detalhamento do Plano Nacional de Saúde (PNS) previa a transferência dos estabelecimentos ambulatoriais e hospitalares públicos para o âmbito da iniciativa privada por meio de arrendamento e a participação dos clientes, com exceção dos ‘indigentes’ no custeio dos serviços utilizados. O PNS, considerando a cobertura de cerca de 70% da população brasileira, seria custeado pela iniciativa privada (46,7%) e por aportes públicos do governo federal (53,3%). Para tanto, a população seria dividida em quatro grupos: a classe D, de maior renda, representando 10% do total, contribuiria com cerca de 150% do valor de cada procedimento; a classe C, ‘média superior’, com 15% da população a ser coberta, caberia contribuir com 65%; a classe B, ‘média inferior’, com 25% da população vinculada, contribuiria com 35%; e, por fim, a classe A ou 50% da população competiria a contribuição de 10% do custeio dos procedimentos utilizados.

³⁴ Em 1969, o ministro do Trabalho e Previdência, Jarbas Passarinho, executou um projeto-piloto em Goiás, também apoiado pela AMB, que facultava a livre escolha de médicos e a prestação de serviços sem teto de remuneração.

³⁵ Oliveira e Teixeira (1985) avaliam que o Plano Nacional de Saúde malogrou menos por ser ‘privatizante’ do que por seu caráter ‘liberalizante’.

sobre o trabalho médico não obtiveram apoio incondicional das entidades médicas. Contudo, a fórmula híbrida encontrada pela Unimed granjeou o apoio de diversas associações médicas. No início da década de 1970, a aceleração da expansão das cooperativas médicas nas cidades brasileiras de grande e médio porte refreou o crescimento das empresas de medicina de grupo.

Apesar das tensões entre os empresários de planos de saúde e no interior de determinadas entidades médicas, as diferenças entre as cooperativas médicas e as empresas de medicina de grupo não eram relevantes nem para aqueles que pretendiam enfatizar a integração dos subsistemas de saúde e ampliar a oferta de serviços públicos, nem para os dirigentes da Previdência Social. Carlos Gentile de Mello (1983) considerava as cooperativas médicas e as medicinas de grupo como praticamente idênticas. Por razões distintas, as autoridades governamentais tampouco as discriminaram. Em 1978, a Unimed de Campinas era a principal responsável pelo atendimento de segurados e beneficiários dos convênios com empresas intermediados pela Previdência Social nesta cidade (vinte empresas em 58 e 60% dos cerca de 74 mil beneficiários) (Possas, 1981).

No final da década de 1970, a referida universalização da assistência médica da Previdência Social baseava-se em parâmetros de cobertura de cerca de 80% da população economicamente ativa e por uma rede de assistência hospitalar constituída por 3.157 hospitais e 192.673 leitos em 1980 (Inamps, 1980). Essas altas taxas de crescimento das coberturas previdenciárias obtidas pela extensão e padronização de benefícios tiveram como contraponto a formulação e a montagem de um aparato legal e técnico de suporte às políticas de estratificação da demanda e oferta. Assim, o emprestimo – pelo projeto de universalização das coberturas previdenciárias – do ideário e das práticas de estratificação de corte liberal justificou-se duplamente. A Previdência Social investiu na manutenção e recuperação da força de trabalho dos setores mais produtivos e criou um mercado consumidor adequado às perspectivas de acumulação capitalistas do setor. A criação da Central de Medicamentos (Ceme)³⁶ e do Fundo de Apoio ao Desenvolvi-

³⁶ Criada pelo Decreto n. 68.806, de 25 de junho de 1971, como órgão da presidência da República, destinado a promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano àqueles que, por suas condições econômicas, não pudessem adquiri-los. À Ceme competiam as tarefas de regular a produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos, subordinados ou vinculados aos Ministérios da Marinha, do Exército, da Aeronáutica, do Trabalho e Previdência Social e da Saúde.

mento Social (FAS)³⁷ apoiaram a consolidação de um complexo médico industrial, estruturado a partir de extensas interfaces entre o público e o privado.

Assim, a intervenção ‘branda’ do Estado logrou não apenas constituir um mercado inequivocamente dependente da Previdência Social, mas ainda estimulou a criação de esquemas assistenciais alternativos aos oficiais por empresas privadas e estatais. Os convênios com as empresas concretizados por um subsídio financeiro selavam um compromisso formal entre os empresários e a Previdência Social. Uma outra forma de contribuir, amplamente difundida e acatada, foi a montagem de sistemas de seguridade particulares (planos de saúde em geral e planos de saúde e previdência nas empresas estatais). É preciso ressaltar, portanto, que uma parcela substancial dos esquemas assistenciais particulares subsidiados diretamente pela Previdência (cerca de sete milhões de pessoas) e os subsidiados pela dedução fiscal e repasse dos custos com assistência médica (planos de saúde das estatais, autarquias e de empresas privadas, para os quais não se dispõe de dados sobre cobertura nesse período) já estava estruturada no final da década de 1970. Essa intrincada engenharia institucional e a lógica das relações entre o público e o privado na saúde foram questionadas parcialmente pelo Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), projeto elaborado em 1980 por técnicos do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social. No contexto da crise da Previdência Social e da redemocratização do país, o debate sobre a saúde concentrava-se nas críticas e defesa dos serviços privados.

Os setores progressistas argumentavam que “o problema real da assistência médica previdenciária é a questão do privilegiamento ou não da atenção médica privada” e recomendavam que a “rede privada hospitalar, ambulatorial e de serviços de diagnóstico deve ser posta sob o mais rigoroso controle, enquanto ela ainda for necessária” (Braga e Paula, 1986: 212). As expectativas de uma profunda reestruturação do sistema de saúde – incluindo desde a alteração das normas sobre os múltiplos vínculos dos médicos, passando pelas mudanças na natureza institucional, composição e distribuição dos serviços de saúde até as articulações da saúde com outras políticas sociais e participação da sociedade no debate e na deliberação das políticas de saúde – transformaram-se posteriormente em pontos da agenda da Reforma Sanitária.

³⁷ Lei n. 6.168, de 9 de dezembro de 1974. Foi criado com o objetivo de apoiar financeiramente os programas e projetos de caráter social. Os empréstimos dos recursos do FAS para a saúde foram predominantemente destinados para projetos de clínicas e hospitais particulares.

O SUS e a inserção da economia brasileira nos circuitos globalizados: universalização e exclusão

A reforma do sistema de proteção social, inscrita na Constituição de 1988, dirigida a reverter o acentuado padrão de estratificação social, não logrou superar obstáculos de caráter estrutural à extensão das políticas de proteção social. A adesão por parte de setores da burocracia governamental à agenda neoliberal, na década de 1990, tonificou as concepções sobre a concessão de benefícios diferenciados para os mais ‘capazes’. A precariedade das instalações físicas e o racionamento do acesso aos serviços do SUS colaboraram para ampliar as demandas por planos privados de saúde no final da década de 1980 e durante a década de 1990. Por outro lado, a ampliação da participação no debate e a formulação das políticas de saúde das unidades federadas e municípios, bem como do Poder Legislativo e do Judiciário, garantiram a implementação de um conjunto de instrumentos de alocação descentralizada de recursos financeiros para a saúde que redesenharam as relações e as responsabilidades das esferas governamentais na saúde.

Tais avanços e impasses se inscrevem num quadro geral de ‘novo ciclo da política brasileira’, definido como a liberação da dimensão sistêmica da economia das intervenções do Estado na organização das relações e dos conflitos sociais. No contexto das tentativas de redefinição do papel do Estado como regulador das relações capitalistas, a Constituição de 1988, não por acaso, tornou-se o principal alvo de ataque dos postulantes da orientação dos processos de decisão sobre a economia pela lógica do mercado (Vianna, 2005). As reiteradas iniciativas para expurgar do texto constitucional as proposições que o caracterizaram como ordenador de relações entre o público e o privado, pautadas pela preservação e ampliação da soberania nacional, lograram desvincular a ‘esfera da economia’ da ‘do desenvolvimento social’. Essa operação reservou à política a tarefa de redirecionar ações para os setores excluídos da população.

Essa mesma chave analítica vem sendo utilizada para formular hipóteses mais gerais sobre as mudanças no âmbito das sociedades complexas na passagem do século XX ao XXI. Para Cohn (2003), antes os termos expansão e acumulação estavam intrinsecamente unidos. Atualmente, a questão deixou de ser como expandir, como incorporar – a dinâmica da expansão necessita da identificação dos elementos estruturais e dos atores que podem ser deixa-

dos de lado. A eliminação das partes tem como contrapartida a redução da democracia à sua dimensão mínima – a de um método de escolha de governantes no interior do mercado político. Na nova ordem, o caráter exclusivo das sociedades, obtido pela exclusão dos setores irrelevantes, redundava no acoplamento da seletividade máxima ao Estado e democracia mínimos.

Os desdobramentos da inserção da economia brasileira e de outros países da América Latina nos circuitos globalizados surpreenderam os pesquisadores de sistemas de proteção social. Esping-Andersen (2003) sugere que a privatização dos sistemas previdenciários na América Latina não poderia ser prevista nem pelos ‘neoliberais empedernidos’. A experiência chilena fornecia elementos que confirmavam as suposições sobre as estreitas relações entre privatização e ditadura: as políticas de incremento das taxas de poupança e não de garantia do bem-estar subjacentes às reformas da previdência. O alvo dos que pretendem obter a estabilização macroeconômica, por meio de planos previdenciários eficientes, são os sistemas de repartição. A maximização do bem-estar, exigente de reformas no componente contribuição, tais como as relacionadas com o estímulo ao emprego formal e a políticas tributárias, foi sacrificada pela opção de mudanças nos benefícios.

No Brasil, a desconstitucionalização dos direitos sociais e o questionamento da generosidade de benefícios definidos em 1988 caminharam, no mesmo passo, à inserção passiva da economia do país nos circuitos internacionais. A revisão do conceito de ‘seguridade social’ em prol da organização de sistemas de previdência, voltados à redução dos custos do trabalho, baseados nos postulados da contribuição e capitalização individual, afetou a saúde.

O afastamento do SUS das concepções de universalização do bem-estar e das bases de financiamento da Seguridade Social faz-se notar pelo menos em três dimensões articuladas entre si, mas portadoras de lógicas próprias. Em primeiro lugar, a extinção da contribuição direta dos trabalhadores formais e das empresas para o SUS esgarçou mais ainda os vínculos entre o mercado de trabalho e o sistema público de saúde. Em segundo lugar, a ‘liberação do mercado das amarras da intervenção estatal’ afetou também as relações do Estado com os serviços assistenciais e as empresas de comercialização de planos de saúde. A rápida conversão do empresariado brasileiro, incluindo os da saúde, aos postulados neoliberais traduziu-se na difusão da eficiência do mercado e de uma associação inequívoca entre os serviços de saúde de alta qualidade e complexi-

dade à capacidade de pagamento de seus consumidores. Por fim, o reforço de políticas públicas calcadas nas deduções e nos subsídios fiscais, que substituíram as relações diretas entre a Previdência Social e as empresas empregadoras para o provimento de assistência à saúde, não são visíveis e, se evocadas, justificam o acerto das medidas de alívio das demandas ao SUS.

Nesse contexto complexo e desfavorável às teses universalistas, a fragilidade dos instrumentos políticos da saúde para reverter os padrões herdados da medicina previdenciária ficou patente, evidenciando-se pela análise das atuais proporções entre as demandas e a oferta de serviços que conformam a rede SUS e o mercado de planos e seguros de saúde. Apesar das profundas mudanças em sua arquitetura, o sistema de saúde brasileiro mantém inalteradas, desde a década de 1970, algumas de suas características básicas, notadamente a importância dos prestadores privados de serviços e a segmentação das demandas.

A rede de serviços constituída majoritariamente por hospitais privados e o fato de que grande parte dos médicos brasileiros atue em consultórios particulares parecem, à primeira vista, excessivos em relação à cobertura de apenas um terço da população por planos e seguros privados de saúde. No entanto, esses mesmos médicos e a parcela expressiva dos hospitais privados também integram a rede do SUS. Na prática, é a duplicidade dos prestadores de serviços no atendimento à demanda do SUS e à das empresas de planos e seguros de saúde que organiza a rede assistencial do sistema de saúde no Brasil. A existência de prestadores de serviços ‘puros’ está, paradoxalmente, conectada às demandas de planos de saúde de padrão executivo³⁸ ou às populações de cidades que só possuem serviços públicos, em geral localizadas no interior e em regiões de menor renda.

A adaptação da mesma base física de recursos para o atendimento de demandas diferenciadas se concretiza na existência de duas portas de entrada nos hospitais (uma para os clientes do SUS e outra para os de planos e seguros de saúde), no trabalho médico em regime parcial, no setor público e ainda no fluxo de clientes de planos de saúde, cujos contratos não propiciam ou dificultam coberturas para determinados procedimentos remunerados pelo SUS. Uma aproximação da magnitude das relações entre oferta e demanda de serviços e gastos com saúde segundo o tipo de cobertura pode ser visualizada no Quadro 1.

³⁸ Planos de saúde que garantem um valor de reembolso elevado de despesas médicas e acesso aos hospitais definidos como de ‘primeira linha’.

Quadro 1 – Dimensionamento da demanda, da oferta e dos gastos (em 2004) com saúde segundo o tipo de cobertura

Tipo de cobertura	Demanda	Oferta			Gastos com saúde (3) Faturamento das empresas (4)	Estimativa de gastos <i>per capita</i> por ano (5)
		Médicos (1)	Hospitais (2)	Diagnose e Terapia (2)		
SUS	Pelo menos 75% da população	70%	78,5	29%	R\$ 46,574 bilhões	R\$ 264,00*
Planos e seguros privados de saúde	25% do total da população	67%	65,5%	71%	R\$ 27,015 bilhões	R\$ 819,00**

* Gastos públicos com saúde considerando a totalidade da população
**Faturamento das empresas de planos e seguros de saúde, considerando apenas os clientes de planos de saúde

Fontes:

- (1) Conselho Federal de Medicina, 2004.
- (2) IBGE – Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 1999/Ipea, 2002.
- (3) Ministério da Saúde, 2004 (estimativa de gastos públicos federal, estadual e municipal).
- (4) ANS, 2004.
- (5) IBGE – Estimativa de População 2002 e ANS – Cadastro de Beneficiários, julho de 2003.

Essas informações confirmam a desproporção entre a demanda à rede de serviços do SUS (pelo menos 75% da população brasileira) e dos planos e seguros de saúde (cerca de 20 a 25% do total de habitantes) relativamente à oferta de serviços disponível e os gastos com saúde para cada segmento. Tais assimetrias e, sobretudo, a aparente virtualidade da rede disponível ao atendimento dos clientes de planos e seguros privados de saúde adquirem sentido e contornos mais nítidos quando detalhadas no Quadro 2. A superioridade da oferta de recursos (em particular, de alguns mais especializados e de maior custo para a demanda envolvida com os planos e seguros privados de saúde) não é uniforme. Observa-se que a inversão entre demanda e oferta dos equipamentos para a realização de diagnósticos por imagem não ocorre em relação aos equipamentos de hemodiálise.³⁹

³⁹ O SUS é responsável pela remuneração de procedimentos, como a terapia renal substitutiva. A proporção dos pacientes em unidades de diálise, remunerados pelas empresas de planos e seguros de saúde, segundo inquérito realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, em 31 de dezembro de 1999, foi de apenas 4% (Sesso apud Bahia et al., 2004).

Quadro 2 – Proporção de equipamentos disponíveis aos segmentos da população cobertos exclusivamente pela rede de serviços do SUS

Ressonância Nuclear Magnética	28,2%
Mamógrafo	33,7%
Tomógrafo	42,0%
Raios X de mais de 500 Ma	50,0%
Equipamento para hemodiálise	79,8%

Fonte: IBGE – Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

Os diferenciais entre oferta e demanda refletem-se nos padrões de utilização de serviços. A proporção dos segmentos vinculados a planos e seguros privados de saúde que tiveram pelo menos uma consulta médica durante um ano foi de 71,9% e a da população exclusivamente coberta pelo SUS, apenas 41,3%. Tal padrão é inverso ao *status* de saúde: a cobertura de planos de saúde é maior entre os que avaliaram seu estado de saúde como bom ou muito bom (25,9%) e é maior do que entre os que consideraram seu *status* de saúde como ruim ou muito ruim (14,5%) (IBGE, Pnad/98). A ‘seleção favorável’, acompanhada por um padrão de maior utilização de serviços entre os que estão cobertos por planos de saúde, estende-se aos idosos. Lima et al. (2002) demonstraram, por meio de um estudo seccional, que os residentes com idade maior ou igual a 60 anos cobertos por planos de saúde apresentaram evidências de melhor condição de saúde, visitaram mais os médicos e usaram um maior número de medicamentos prescritos do que o restante dos idosos.

Tal concentração de recursos direcionados para o segmento com maior capacidade de contribuição individual, direta ou indireta, para remunerar os gastos com saúde não se viabiliza apenas pelo aporte de indivíduos e famílias. Os fundos relacionados com os planos privados de saúde – que, somados, representam três vezes mais recursos *per capita* do que o total do orçamento público destinado ao atendimento do restante da população – originam-se do pagamento de empresas empregadoras e dos gastos das famílias. Assim, as conexões das empresas de planos e seguros de saúde com as instituições que pertencem à órbita do mercado de trabalho conformam fluxos assistenciais e financeiros aparentemente desarticulados daqueles definidos pelo financiamento e pela produção de serviços do SUS. Porém, a separação

entre a organização de fundos e demandas destinados aos planos e serviços privados de saúde não prescinde nem de subsídios governamentais e nem do uso comum de parte da oferta de recursos físicos e equipamentos públicos.

A importância do setor privado, os conflitos em torno das negações de coberturas das empresas de planos e seguros de saúde e as tentativas de alteração das regras de competição entre as empresas vêm sendo reconhecidas e tratadas por diversas instâncias de regulação. A entrada do tema regulamentação dos planos de saúde na agenda governamental no final da década de 1990 foi movida pela presença de novos agentes no segmento, tanto pelo lado da oferta quanto pelo da demanda, e pelos conflitos dos interesses entre empresas de planos e seguros, prestadores de serviços e clientes.

A expansão da assistência suplementar durante o final da década de 1980 e na primeira metade da de 1990, coincidente com a transição epidemiológica e demográfica e com um desfinanciamento da saúde pública, intensificou problemas assistenciais mas também tornou o segmento atraente aos investimentos de outros grupos econômicos, bem como implicou o reposicionamento das burocracias governamentais. No final da década de 1980, o aumento de clientes de planos individuais, a expansão de cobertura para funcionários públicos e a entrada de grandes seguradoras no ramo saúde reconfiguraram as relações entre empresas, prestadores de serviços e suas clientelas.

Desde então, as informações sobre o número de empresas que atuam no mercado de planos e seguros de saúde e a situação econômico-financeira dessas instituições vêm sendo objeto de análises minuciosas de estudiosos da área da saúde, economia, das consultorias especializadas e, mais recentemente, de lideranças sindicais que ocupam cargos de gerência em planos de autogestão. A maior parte desses trabalhos examina a situação de solvência de todas ou parte das 2.161 empresas de planos e seguros de saúde registradas na ANS e questiona as regras de ampliação de coberturas e controle de reajustes dos preços pelo governo. A pergunta que os inspira, proferida em tom de ameaça explícita ou velada, é: quem atenderia clientes acostumados a um tratamento diferenciado caso as empresas de planos e seguros deixassem de existir?

Essas observações utilizadas isoladamente ou de maneira mais articulada vêm respaldando posicionamentos díspares. Os que afirmam que nada ou muito pouco mudou as convocam para evidenciar que os planos de saúde substituem os IAPs no atendimento aos trabalhadores e ao SUS compete a assistência aos excluídos do mercado formal de trabalho. Quem advoga a

transformação do sistema de saúde brasileiro no sentido da ampliação dos direitos sociais, argumenta que o SUS incorporou um enorme contingente de pessoas anteriormente não atendidas por qualquer instituição de saúde. Uma terceira perspectiva vem sendo formulada no interior das instituições de ensino e pesquisa a partir da interrogação sobre a existência de políticas de saúde competitivas emanadas de instâncias governamentais distintas.⁴⁰ O desenvolvimento dessa última abordagem sobre a segmentação do sistema de saúde brasileiro exige o exame de políticas públicas que conferem suporte à privatização da rede de serviços e empresas de planos de saúde, originadas nos ministérios da área econômica, em instâncias subnacionais por meio de posicionamentos e atos do Poder Legislativo e do Poder Judiciário.

Trata-se, portanto, de inventariar as políticas de saúde em suas diferentes arenas de formulação e execução. O SUS, concebido em formato reduzido ao Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de Saúde, centros de ensino e pesquisa do Ministério da Saúde, laboratórios e serviços de vigilância e estabelecimentos estatais e conveniados, acumula um vasto patrimônio de políticas localizadas e pontuais que reproduzem ou ampliam o papel do componente privado no sistema de saúde.

Os exemplos que ilustram a relevância das políticas de aporte de recursos do SUS aos serviços privados são inúmeros e amplamente reconhecidos em reuniões informais de profissionais e gestores de redes de serviços de saúde. Os baixos valores de remuneração de determinados procedimentos previstos na tabela do SUS são renegociados pelos secretários de Saúde com prestadores privados de serviços. Essas mesmas secretarias, em determinados casos, destinam recursos contínuos, além dos aferidos com a produção de serviços remunerada pela tabela do SUS para os hospitais filantrópicos localizados em suas áreas de abrangência.

Os secretários municipais de Saúde contratam profissionais das Unimeds para gerir e prestar atendimento em serviços estatais. O conjunto desses aportes informais ou definidos pelas instâncias locais de recursos financeiros aos prestadores privados de serviços, ainda não dimensionado, é certamente significativo. A conjugação desses instrumentos de transferência do público ao pri-

⁴⁰ Essa hipótese tem sido apresentada ao debate acadêmico por alguns pesquisadores da área de saúde coletiva e economia, entre os quais se destacam Sulamis Dain, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), e Aloísio Teixeira, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

vado com aqueles acionados para resolver imediatamente os problemas da contratação de recursos humanos, como as cooperativas de prestadores de serviços e Organizações Não-Governamentais (ONGs), resulta no delineamento de um panorama bem mais complexo do que o apresentado para debate nas arenas específicas de negociação e deliberação do SUS.

No âmbito do SUS, os processos de relações entre o público e o privado formalmente debatidos e enquadrados normativamente são os que têm direção contrária ao dimensionamento e à reorientação dos aportes adicionais de recursos públicos para os serviços privados. Na prática, a atenção dos integrantes dos fóruns de debate sobre o SUS está voltada à obtenção de recursos financeiros das empresas de planos de saúde sob duas modalidades: a integração voluntária na rede de serviços das empresas de planos e seguros de saúde por meio das ‘duplas-portas’ nos hospitais públicos, cujo paradigma é o Instituto do Coração (Incor), e o ressarcimento ao SUS, que prevê a restituição de parte ou totalidade dos gastos referentes ao atendimento de clientes de planos de saúde na demanda universal.⁴¹

Na esfera da área econômica do Executivo nacional e das secretarias de Fazenda e Planejamento de estados e municípios, as políticas que apóiam a rede privada de serviços de saúde resultam das concessões de subsídios fiscais e do financiamento de planos de saúde para servidores públicos. As deduções fiscais sem limites de gastos com saúde no imposto de renda de pessoa física e jurídica com saúde (inclui pagamento com prestadores privados de serviços de saúde e planos de saúde) representam uma renúncia de R\$ 2.418.428.144,00 (R\$ 17.729.162.262,00 de IRPF e R\$ 689.265.882,00 de IRPJ), em 2004, e de R\$ 2.825.968.578,00 (R\$ 2.055.818.945,00 de IRPF e R\$ 770.149.633,00 de IRPJ), em 2005.

Às deduções do imposto de renda, importante fonte de subsídios à demanda de planos e serviços privados de saúde, soma-se o patrocínio parcial dos planos de saúde para servidores públicos. Os gastos previstos com este item no orçamento da União para o orçamento de 2005, de acordo com o

⁴¹ O atual modelo de ressarcimento é restrito aos casos de internação e atendimentos de urgência e emergência dos beneficiários dos planos de saúde na rede pública e conveniada. A legislação prevê que o ressarcimento seja cobrado com base na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (Tunep), com valores, em média, uma vez e meia superiores à Tabela SUS. Mas há casos em que prestadores de serviços preferem registrar o procedimento realizado para os clientes dos planos de saúde como atendimento a ser cobrado ao SUS. Isso porque alguns procedimentos da tabela do SUS têm maiores valores de remuneração se comparados aos pagos pelas empresas de planos privados. Um total de 7.393 hospitais que integram a rede do SUS (3.376 públicos e 4.017 privados) internou clientes de planos de saúde (Scheffer e Bahia, 2005).

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão,⁴² atingem cerca de R\$ 980 milhões (Scheffer e Bahia, 2005). É imprescindível assinalar que esses gastos (cerca de R\$ 2 mil reais por ano para os titulares e dependentes dos 38% dos funcionários que auferem esses benefícios) são muitas vezes maiores do que os disponíveis para a população em geral.

Os Ministérios da Fazenda, da Previdência Social e os governos estaduais e municipais têm sido pródigos na concessão de isenção e deduções fiscais para os serviços e as empresas de planos de saúde. O montante dos subsídios à oferta tampouco é dimensionado, todavia parece expressivo na medida em que, por exemplo, a isenção de impostos para instituições filantrópicas não veda que algumas dessas instituições comercializem planos de saúde.⁴³ As empresas de planos de saúde foram autorizadas, em 2002, a deduzir suas provisões técnicas, para efeito de apuração do lucro real e base de cálculo da contribuição social sobre o lucro líquido (MP 2.158-35) e caracterizou-se a não responsabilidade tributária pela aquisição de carteira de planos privados de saúde (MP 2.189-45). As UnimedS contam com uma extensa imunidade tributária. Várias UnimedS conseguiram, por meio de ações judiciais ou acordos políticos, isentar-se do pagamento de Imposto sobre Serviços (ISS) municipal. Também obtiveram liminares que suspenderam a retenção da Contribuição Social sobre Lucro Líquido (CSLL) e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), sob a alegação de que as 'sobras' das cooperativas não podem ser caracterizadas como lucro.⁴⁴ O governo Lula, em 2004, poupou os hospitais e outros estabelecimentos de saúde do pagamento relativo ao aumento da alíquota da Cofins.

As outras instâncias envolvidas com o debate e a regulação das relações entre o público e o privado na saúde são o Legislativo e o Judiciário. O

⁴² Assistência médica e odontológica aos servidores, empregados e seus dependentes. Anexo III das Informações Complementares ao Projeto de Lei Orçamentária Anual (Ploa) 2005. Em 2004, de acordo com a mesma fonte, o Governo Federal gastou R\$ 936.005.815,00 com a assistência suplementar ao funcionalismo. Os recursos destinados ao financiamento de planos para os servidores públicos da administração direta da esfera federal são utilizados pela Fundação Geap e outros que mantêm planos de autogestão de natureza não-lucrativa, mas também contribuem para engrossar a demanda de clientes de empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras. Por exemplo, os Ministérios da Agricultura da Educação e do Meio Ambiente são clientes da Amil, enquanto a advocacia geral da União é cliente da Unimed.

⁴³ Em dezembro de 2004, havia registro na ANS de 105 planos de saúde comercializados por instituições filantrópicas.

⁴⁴ A súmula 276 do Superior Tribunal de Justiça, de 2003, abriu precedente para isenção da Cofins das UnimedS. As cooperativas advogam que devem recolher impostos apenas sobre os atos 'não próprios' de sua finalidade. Com as vitórias na Justiça, a carga fiscal que incide sobre uma cooperativa médica é menor do que sobre outras operadoras de planos de saúde (Scheffer e Bahia, 2005).

Congresso Nacional vem assumindo o papel de protagonista no encaminhamento e na aprovação de alguns pontos cruciais das agendas da saúde. A Frente Parlamentar da Saúde, fundada em 2003, composta por parlamentares de diversos partidos políticos, atualmente liderada pelo deputado Rafael Guerra (PSDB), tem como programa de trabalho a produção legislativa para obtenção de mais recursos para a saúde, seja para o SUS por meio da regulamentação da Emenda Constitucional 29 (EC 29), seja para os serviços privados obtida pela manutenção da alíquota de 3% da Cofins. Esse posicionamento, favorável ao aumento dos ganhos dos prestadores privados de serviços, se expressa no Projeto de Lei apresentado pelo deputado Inocêncio de Oliveira (PFL), propondo a adoção dos valores de remuneração definidos pelas entidades médicas como parâmetros para os contratos entre prestadores de serviços e empresas de planos e seguros de saúde.⁴⁵

O pronunciamento de um ativo deputado da Frente Parlamentar, Darcísio Perondi (PDT), durante as audiências públicas da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos Planos de Saúde, em 2003, explicita simultaneamente uma visão sobre os limites do SUS e um modelo de empreendedorismo que neutraliza interesses contraditórios. A busca pela melhoria da qualidade da atenção prestada e a eficiência na gestão justificam não apenas os subsídios públicos às empresas privadas, mas também a privatização de entidades filantrópicas e, por vezes, das públicas.

mas o Brasil não pode deixar de ter planos de saúde, e nós temos que ver esse limite, esse mercado de 40 milhões de pessoas que estão nos planos, classe média, média alta, talvez, planos também no nível de empresa, são fundamentais. (...) Para quem não me conhece, sou Vice-Presidente da Confederação das Santas Casas do Brasil. E nós estamos melhorando o nosso setor. Como há dificuldades em todos os setores, têm provedores com dificuldade, mas há Secretários Municipais que deveriam estar na cadeia. Então todo cuidado é pouco ao analisar essa questão. Mas as Santas Casas surgiram antes do Estado propriamente, e o SUS não vive sem a Santa Casa, e essa é a missão das Santas Casas e nunca vai deixar de ser. Se nós vivêssemos num país ideal, justo, sem dificuldades de orçamento, de educação, a Santa Casa, sim, poderia ser uma Santa Casa sem planos de saúde, mas visão empresarial sempre: é gestão, é gestão (...). Se uma Santa Casa

⁴⁵ Projeto de Lei n. 3.466, de 2004, que “estabelece critérios para a edição de lista referencial de honorários médicos, no âmbito nacional, e dá outras providências”, atualmente em tramitação na Câmara.

busca cliente, de uma forma ou outra, com piano, com carro, com propaganda na televisão, que bom. Parabéns, provedor que está fazendo isso e administrador competente que assim está fazendo. (Darcísio Perondi apud Garcia, 2004: 65)

A ampla e visível atuação do Poder Judiciário na regulação dos conflitos entre clientes e empresas de planos de saúde explica-se pelas falhas da legislação que regulamenta as empresas de planos e seguros de saúde e, sobretudo, pela compreensão e interpretação dos direitos à saúde e dos consumidores. A ultrapassagem das regras previstas nos contratos de planos e seguros de saúde apóia-se numa fundamentação jurídica relativa à precedência da preservação da vida sobre determinadas cláusulas restritivas. Em outubro de 2004, por exemplo, o Superior Tribunal de Justiça considerou “abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado” (Superior Tribunal de Justiça, 2004). O texto foi aprovado pela Segunda Seção do Tribunal, composta pela Terceira e Quarta Turmas, e teve como relator o ministro Antônio de Pádua Ribeiro, presidente da Comissão de Jurisprudência, o qual afirmou:

Imagine estar sob a proteção de um plano de saúde, ir a um hospital e o médico decidir pela internação, os exames demoram, e, quando concluídos, o plano vai e diz: olha, nós cobrimos até aqui, até a finalização dos exames, mas daqui para frente não cobrimos mais, tem que pagar por fora. Com saúde não se brinca. Então, qual é a garantia que tem esse cidadão e para que serve esse plano de saúde parcial? (...) Aqui no STJ, enquanto estiver em vigor a Súmula, o entendimento será sempre o mesmo, o resultado da decisão será sempre esse, ou seja, é abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado. (Superior Tribunal de Justiça, 2004)

Estudos sobre os posicionamentos dos denominados ‘operadores do direito’ mostram que os magistrados consideram que “o juiz tem um papel a cumprir em relação aos grupos sociais menos privilegiados que necessitam proteção” (Vianna et al., 1997). O compromisso social dos magistrados, manifestado nas liminares que garantem o acesso a procedimentos médico-hospitalares não contemplados nos contratos, preocupa empresários e autoridades governamentais, uma vez que a imprevisibilidade das demandas ao Judiciário e das sentenças subverte a lógica das relações entre contribuição e benefício que informa os contratos dos planos e seguros de saúde.

Considerando o conjunto das instâncias de debate e decisão sobre a regulação, obtém-se um tracejado do Sistema Nacional de Saúde bem mais tortuoso, extenso e repleto de interligações entre o público e o privado do que o delineado por uma clivagem dual entre os ‘que têm planos de saúde’ e os ‘que só têm direito ao SUS’. A hierarquização dos serviços de saúde, dos médicos e dos tipos de planos de saúde é bem mais complexa e sutil. Segundo um médico que trabalha atualmente no Rio de Janeiro (em entrevista para a tese de doutorado de Ana Tereza Miranda), os clientes de ‘planos ruins’ comprometem a fluidez das relações a serem estabelecidas nos consultórios particulares:

Dependendo do plano, acaba caindo também o padrão da sua clínica. Aí é complicado porque, por exemplo, eu acho que o grande barato do consultório é a troca. Eu gosto do papo que não tem nada a ver com a medicina. Agora, como eu vou trocar com esse tipo de paciente, você não tem o que trocar! Aí fica uma coisa muito mecânica... (Miranda, 2005: 61)

O desejo de entabular relações prazerosas nos consultórios particulares nem sempre é realizado. A mercantilização das práticas de saúde é quase onipresente, os incentivos para o uso de determinadas marcas de medicamentos, de órteses e próteses, a proliferação das empresas privadas de consultoria e auditoria, o atendimento domiciliar e a participação de seguradoras em empresas proprietárias de centros de tratamento intensivo (CTI) afetam profundamente as relações dos médicos com seus pacientes. A renovação e ampliação das fronteiras da acumulação capitalista no setor saúde no Brasil revestiram os médicos, profissionais da saúde e hospitais com roupagens de vendedores e divulgadores de materiais, medicamentos, serviços e planos de saúde. Tais vestimentas, obviamente, não lhes caem bem. Porém, o empresariamento na saúde tem atraído investimentos financeiros de outros setores econômicos e lideranças do movimento sanitário para integrar seus quadros.

Atualmente, não restam dúvidas sobre a capacidade de resistência e articulação política desse ampliado padrão de articulação privada de financiamento, compra e prestação de serviços, viabilizado durante o regime militar, quando exposto aos ventos da redemocratização. A síntese elaborada por Paim (2002) sobre as concepções a respeito do SUS auxilia a compreensão sobre as relações entre o público e o privado no sistema de saúde no Brasil. Os quatro tipos de concepção sobre o SUS definidos pelo autor são: 1) o SUS democrático, desenhado pelo projeto da Reforma Sanitária; 2) o SUS formal, juridicamente estabelecido pela Constituição Federal, por leis

orgânicas, decretos, portarias, resoluções etc. 3) o SUS real refém dos desígnios da área econômica do governo, do clientelismo e da inércia burocrática; 4) o SUS ‘para pobres’, onde se aprende no pobre para depois atender o rico. Estas definições podem ser apropriadas como coordenadas para situar latitudes e longitudes a serem alcançadas.

Considerações finais

Do cotejamento das características da organização da demanda e oferta com os arranjos institucionais, legais e financeiros do SUS e dos sistemas que o precederam, depreende-se: 1) o fim das barreiras de acesso aos cidadãos brasileiros à rede de serviços de saúde, financiada diretamente com recursos públicos; 2) o inequívoco avanço da formalização do direito à saúde na legislação brasileira e o redesenho dos canais de gestão e alocação de recursos federais para atenção à saúde, que passam a se pautar pela articulação entre governos federal, estaduais e municipais; 3) a preservação da composição privada-pública da rede de serviços do SUS e a essência das formas de remuneração de serviços; 4) uma reestratificação das demandas – a maior parte da população tem a rede do SUS como única alternativa assistencial, mas a parcela dos segmentos populacionais de maior renda, que passou a integrar a clientela dos planos privados de saúde, ampliou-se e um segmento da população (pouco expressivo em termos numéricos, sem acesso aos planos, mas com alguma renda para consumir serviços mediante desembolso direto) vitalizou a oferta de serviços ambulatoriais e exames de menor custo em ‘clínicas populares’.

As iniciativas de publicização/democratização do sistema de saúde são muito menos expressivas do que as afeitas à organização administrativo-política do SUS via definição de critérios para alocação de recursos nas três esferas do governo. Além disso, constata-se a existência de um núcleo formulador e executor de políticas competitivas com o SUS. O anúncio de um plano de saúde privado e unificado para os servidores públicos federais da administração direta, de autarquias e fundações, com a criação do Sistema Integral de Saúde do Servidor – a ser implementado até 2006⁴⁶ – revela a disposição da área econô-

⁴⁶ Boletim Contato, n. 43, de 21/01/2005, produzido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em: <www.planejamento.gov.br>. Consultar também a reportagem Saúde para o Servidor, *Correio Braziliense*, de 21/01/2005.

mica de financiar ativamente e aprofundar a segmentação do sistema de saúde. Nesse contexto, a formulação de Evans (2001) sobre as coalizões de interesses entre os ‘ricos e saudáveis’ e prestadores privados de serviços de saúde adquire um significado específico no Brasil, não apenas em função da forte presença dos interesses privados, mas também pelos alentados e renovados incentivos governamentais.

As previsões sobre o futuro dos elementos que integram o sistema de saúde no Brasil são antagônicas. Esses prognósticos vêm pautando agendas específicas e especializadas de debates e influenciando a formulação das políticas públicas. Nos últimos anos, as expressões ‘ir para o SUS’ e ‘cair no SUS’ tornaram-se sinônimos de ameaça para os segmentos médios. Os argumentos variam desde as formulações sobre o potencial destrutivo do Estado em relação à eficiência do sistema privado até a apresentação da segmentação como um processo transitório de tamponamento social, que se justifica enquanto o SUS amadurece. Sob o primeiro registro, a universalização passou a ser entendida como extensão da escassez, má qualidade e destruição da capacitação tecnológica da medicina brasileira. A constatação de que a magnitude dos recursos financeiros, mobilizados pelos planos e seguros de saúde, é semelhante ao orçamento do Ministério da Saúde estimula diagnósticos sombrios e a reiteração de proposições incrementais. Não é por menos que a única proposta de regulação das interfaces entre o público e o privado que adquire conteúdo legal – o ressarcimento ao SUS – contraria os preceitos do direito universal à saúde.

A retomada das diretrizes da Reforma Sanitária na 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, repôs o debate da saúde no contexto dos direitos de cidadania e da conquista de uma democracia efetiva. Ainda assim, a regulação das interfaces entre o público e o privado no sistema de saúde não adquiriu o estatuto de tema central da agenda de debates. As articulações e contraposições entre as políticas governamentais presumidamente destinadas a maximizar a equidade e aquelas voltadas à viabilização dos processos de acumulação de bens e serviços privados de saúde continuaram pouco visíveis e quase sempre sombreadas por acepções sobre uma possível expansão do SUS regulada apenas pelo incremento de recursos financeiros. A implementação de uma política sistêmica de regulação de preços orientada pelas necessidades de saúde, a busca de padrões crescentes e universais de qualidade e humanização da atenção, monitorada por indicadores de

desprivatização e desmercadorização das relações entre cidadãos, profissionais e instituições de saúde, a participação das instâncias subnacionais na regulação dos planos e seguros de saúde e a adoção de barreiras ao livre trânsito de agentes e interesses entre as instituições públicas e empresas privadas constituem pontos de uma agenda essencial à expansão das coberturas do SUS e dos direitos à saúde e à cidadania.

A demarcação das fronteiras entre esfera pública e esfera privada não apenas pela percepção de suas demandas, mas também pelo mapeamento de interesses privados e seus representantes, pode contribuir para aproximar o país real do país formal.

Referências bibliográficas

- ABRAMGE. *I Congresso Brasileiro de Medicina de Grupo*. São Paulo: Abramge, 1978.
- BAHIA, L. Origem e institucionalização das empresas de planos de saúde no Brasil. In: BAHIA et al. (Org.). *Origens e Trajetórias das Empresas de Planos de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Universitária José Bonifácio, 2005.
- BAHIA, L., SIMMER, E. & OLIVEIRA, D. C. de. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4): 921-929, 2004.
- BASTOS, M. V. Saúde e Previdência Social no Brasil: o impacto da Previdência Social na organização dos serviços médicos. *Revista de Administração Pública*. 13(4): 95-116, 1979.
- BASTOS, M. V. Entrevista com Murilo Villela Bastos. Arquivo da Casa de Oswaldo Cruz. Núcleo de História Oral. Rio de Janeiro: 1986.
- BELOCH, I. et al. *Da Caixa Montepio à Previ: 100 anos do maior fundo de pensão da América Latina*. Rio de Janeiro: Memória Brasil, 2004.
- BRAGA, J. C. & PAULA, S. G. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 1986.
- COHN, G. Renovando os problemas nas ciências sociais. In: GOLDENBERG, P. et al. (Org.). *O Clássico e o Novo*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- CORDEIRO, H. *As Empresas Médicas*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri/Abrasco, 1991.
- CORREA SOBRINHO, J. D. Entrevista com José Carlos Dias Correa Sobrinho. Arquivo da Casa de Oswaldo Cruz. Núcleo de História Oral. Projeto Inamps, 1986.

- ESPING-ANDERSEN, G. Uma perspectiva transatlântica da política de privatização latino-americana. In: COELHO, V. S. (Org.). *A Reforma da Previdência Social na América Latina*. Rio de Janeiro: FGV, 2003.
- EVANS, R. G. Financing health care: taxation and alternatives. In: MOSSAILOS, E. et al. (Eds.). *Funding Health Care: options for Europe*. Buckingham: Open University Press, 2001.
- FLEURY-TEIXEIRA, S. *Estado sem Cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- GARCIA, M. *A CPI dos planos de saúde: uma análise do posicionamento dos parlamentares*, 2004. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos de Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- GIFFONI, M. R. *Assistência médica e as relações de trabalho na empresa: o modelo de convênio com a Previdência Social*, 1981. Dissertação de mestrado, São Paulo: Departamento de Ciências Sociais, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Estatísticas do século XX. Disponível em: <www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos/previdencia_social>. Acesso em: 03/01/2005.
- INAMPS. *INAMPS em dados*. Rio de Janeiro: Secretaria de Planejamento, Departamento de Informática, 1981.
- LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A. & UCHÔA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Saúde Pública*, 38(6): 827-834, 2002.
- MÉDICO MODERNO (Revista Profissional e Cultural da Medicina). *Associação Paulista de Medicina contra a intromissão no exercício profissional*. Edição de out. 1967, p. 19. (Coleção Biblioteca Nacional). São Paulo: Gepesa, 1967b.
- MÉDICO MODERNO (Revista Profissional e Cultural da Medicina). *Entrevista com Dr. Fued Rossi*. Edição de dez. 1967, p. 53. (Coleção Biblioteca Nacional). São Paulo: Gepesa, 1967a.
- MELLO, C. G. *A Medicina e a Realidade Brasileira*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.
- MELLO, C. G. Esses mágicos. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 11 fev. 1980.
- MELLO, C. G. Os médicos e a socialização da medicina. *Tribuna Médica*, 278: 7, 1964.
- MELO, M. B. C. As reformas constitucionais e a Previdência Social (1993-1996). In: DINIZ, E. (Org.) *Reforma do Estado e Democracia no Brasil: dilemas e perspectivas*. Brasília: Universidade de Brasília, 1997.
- MIRANDA, A. T. C. *Valores e atitudes dos médicos e pacientes sobre o processo de decisão clínica: o caso da terapêutica hormonal no climatério*, 2005. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

- NOGUEIRA, D. P. *Serviços médicos de empresas industriais no município de São Paulo*, 1967. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Departamento de Higiene do Trabalho, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- OLIVEIRA, F. E. B. et al. *A Dívida da União com a Previdência Social: uma perspectiva histórica*. Texto para discussão n. 638. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 1999.
- OLIVEIRA, J. A. & TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1985.
- OLIVEIRA, J. A. et al. In: AROUCA, S. (Coord.). *O Complexo Previdenciário de Assistência Médica*. Programa de estudos sócio-econômicos em saúde (Peses). Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz/Finep, 1978. (Mimeo.)
- PAIM, J. S. Collective health and the challenges of practice. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *The Crisis of Public Health: reflections for the debate*. Washington, D. C.: PAHO, 1992.
- PAIM, J. S. *Saúde, Política e Reforma Sanitária*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.
- POSSAS, C. *Saúde e Trabalho: a crise da Previdência Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- SCHEFFER, M. & BAHIA, L. *Aporte de recursos públicos para planos privados de saúde: subsídios para a apresentação do tema*. Documento apresentado ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2005. (Mimeo.)
- SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Súmula n. 302. Disponível em: <www.stj.gov.br/SCON/jurisprudencia> e <www.stj.gov.br/webstj/Noticias>. Acesso em: 5 abr. 2004.
- UNIMED. *Unimed 30 anos*. São Paulo: Cartaz Editorial, 1997.
- VIANNA, L. W. *Dois Décadas e Dois anos de Governo Lula*. 2005. (Mimeo.)
- VIANNA, L. W. et. al. *Corpo e Alma da Magistratura Brasileira*. Rio de Janeiro: Revan, 1997.
- VIVEIROS, R. *Ética e Solidarismo na Saúde: a trajetória de vida de Edmundo Castilho*. São Paulo: Studio 52, 1999.

14. | MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS: TRAJETÓRIA DO DEBATE CONCEITUAL, SITUAÇÃO ATUAL, DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Carmen Fontes Teixeira
Jorge Pereira Solla

A organização dos serviços de saúde tem sido um dos temas centrais do debate conceitual e político no âmbito do movimento pela Reforma Sanitária brasileira, ao longo dos últimos trinta anos. Esse debate vem alimentando a formulação e implementação de propostas políticas, normas e estratégias de mudança na gestão, no financiamento e, principalmente, na organização dos serviços e das práticas de saúde, no contexto de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos 15 anos.

A trajetória desse debate tem sido marcada pela crítica e redefinição de idéias oriundas de movimentos internacionais de reforma dos sistemas de saúde, às quais se articulam, dinamicamente, propostas surgidas da experimentação prática e elaboração de alternativas que refletem a especificidade das condições em que se desenvolve o processo de reforma no Brasil.

Efetuar um ‘balanço’ desse processo supõe, em primeiro lugar, reconstituir a emergência e o desenvolvimento das concepções que vêm norteando o processo de decisão política acerca da reforma na organização dos serviços e, em segundo lugar, analisar as mudanças que vêm ocorrendo em função da implementação de políticas e estratégias de ação nessa área.

A análise do processo e dos resultados alcançados no que diz respeito à manutenção, mudança e/ou transformação do ‘modelo de atenção à saúde’¹ no âmbito do SUS supõe a identificação, descrição e análise da forma como se inseriu a problemática da organização dos serviços no debate acadêmico e seus desdobramentos na cena política e institucional, algo que já revela uma das características do processo brasileiro de Reforma Sanitária. Isto é, a ocorrência

¹ Termo com que, contemporaneamente, se têm designado a forma de organização dos serviços e o modo de organização das práticas de saúde.

de uma difusão de idéias reformadoras no espaço da formação de pessoal em saúde, *locus* institucional onde se assentaram as bases conceituais e doutrinárias do movimento pela Reforma Sanitária brasileira (RSB).

Além disso, um ‘balanço’ do processo de reforma nessa área supõe a identificação e análise dos efeitos do processo de implementação das propostas de mudança, os quais podem ser avaliados levando-se em conta o alcance ou não de índices de cobertura, acessibilidade, qualidade e efetividade dos serviços que traduzam os princípios da universalidade, integralidade e equidade incorporados à legislação sanitária² do país por força do movimento de reforma.

Trata-se, portanto, de questionar até que ponto o processo de construção do SUS vem conduzindo (ou não) a uma universalização do acesso da população aos serviços, bem como perguntar até que ponto esse processo vem contribuindo (ou não) para uma redistribuição social dos recursos e dos serviços de saúde, de modo a contemplar a pretendida equidade. E, ainda, trata-se de perguntar se o processo de construção do SUS tem implicado mudanças na organização de serviços e práticas que aproximam (ou não) a configuração do ‘modelo de atenção’ ao ideal de integralidade do cuidado à saúde dos indivíduos e grupos da população.

A resposta a essas questões exige o desenvolvimento de um conjunto de estudos e pesquisas que extrapolam os limites desse trabalho, cuja finalidade, bem mais modesta, é apenas a de delimitar algumas questões que permeiam o debate conceitual e definem as opções políticas colocadas aos gestores do SUS no momento atual.

Para isso, aqui estão periodizados os últimos trinta anos, identificando conjunturas específicas nas quais se plasmaram as idéias centrais das propostas de mudança na organização dos serviços e no conteúdo das práticas de saúde, desde a formulação inicial da proposta pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1979, passando pela concepção elaborada pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária (1987-87), seus desdobramentos no período do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) – implantação dos Distritos Sanitários – e, principalmente, o debate desenvolvido no contexto de implantação do SUS a partir da implementação das Normas Operacionais Básicas (NOBs) e do Programa de Saúde da Família (PSF) – de 1993 a 2004 (ver Quadro 1, em Anexos).

² Capítulo “Saúde”, da Constituição Federal de 1988, e Leis 8.080 e 8.142, de 1990.

Em seguida, estão sistematizadas algumas informações que oferecem uma visão panorâmica da situação atual do SUS em termos do perfil de oferta da produção de serviços no país, privilegiando-se os últimos dez anos de implementação desse sistema, levando em conta, especificamente, a identificação de eventuais mudanças na configuração dos subsistemas de Atenção Básica e Atenção Hospitalar.

Finalmente, é retomada a questão da integralidade do modelo de atenção à saúde, entendida como parte da ‘imagem-objetivo’ do SUS, buscando-se estabelecer se houve ou não avanços nesse sentido e quais são os principais desafios e as perspectivas que se colocam no momento atual aos formuladores de políticas e gestores do sistema, considerando-se a situação existente, os problemas e as oportunidades de mudança na organização da atenção à saúde.

Concepções e modelos de organização dos serviços de saúde: reconstituindo a trajetória de um debate multifacetado

O debate sobre a organização dos serviços de saúde no Brasil, no contexto demarcado pelo movimento da Reforma Sanitária e construção do SUS, apresenta algumas ‘correntes de pensamento’ – linhas de força que se entrecruzam em alguns momentos e na obra de alguns autores –, gerando concepções e propostas alternativas que, em alguma medida, vêm sendo implantadas e, por vezes, assumidas como referenciais para a formulação de políticas. Aqui serão identificadas essas grandes linhas e alguns de seus desdobramentos, tomando como ponto de partida o pensamento crítico que originou o movimento político pela reforma, eixo em torno do qual foi se desenvolvendo um diálogo com outras correntes e propostas elaboradas no contexto internacional, enriquecidas, redefinidas ou rejeitadas pelos pesquisadores e formuladores de políticas em nosso meio.

EMERGÊNCIA DA REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE PRÁTICA MÉDICA E MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

A emergência de uma preocupação com a busca de alternativas à organização social das práticas de saúde no Brasil pode ser localizada em meados da década de 1970, quando se iniciaram, entre os docentes dos departamentos de

medicina preventiva e social, as discussões acerca dos limites e possibilidades das propostas de reforma do ensino e da prática médica. A *Crítica da medicina preventiva*, tese apresentada por Antonio Sergio Arouca, em 1975, marcou a formação de muitos jovens estudantes e professores de medicina. Estes, através da leitura que o autor fez do movimento preventivista – fundamentado na ‘arqueologia do saber’, de Michel Foucault, e no marxismo estruturalista em voga naquela época –, começaram a pensar criticamente sobre as determinações econômicas, sociais e políticas que marcavam o exercício da medicina, especialmente no contexto brasileiro, no qual ocorria a capitalização e privatização da assistência médica previdenciária, eixo da política de saúde do regime autoritário (Arouca, 1975).

Quase que simultaneamente, Maria Cecília Donnangelo concluiu sua tese de livre-docência, publicada no livro *Saúde e Sociedade* (Donnangelo, 1976), obra que trazia uma reflexão iniciada pela autora a propósito das relações entre medicina e sociedade (tema de seu livro anterior), no qual retracava a história da Previdência Social no Brasil e analisava as características da luta política e ideológica que então se travava na área médica, cenário de expansão do movimento sindical em luta contra a hegemonia dos ‘liberais’ e ‘empresários da saúde’.

A reflexão de Donnangelo sobre as determinações sociais da prática médica foi o ponto de partida para os estudos que vieram a se desenvolver sobre o processo de trabalho médico (Mendes-Gonçalves, 1979, 1986), os quais se constituíram em pilares do pensamento crítico do grupo de medicina preventiva da Universidade de São Paulo (USP). Na época, esse estudo subsidiou a crítica à medicina comunitária, movimento ideológico de reforma que começava a ser assimilado pelos formuladores de política no âmbito das instituições de saúde pública, gerando os chamados Programas de Extensão de Cobertura (Pecs), os quais se tornaram, inclusive, objeto de vários estudos, dissertações e teses, operando-se uma leitura crítica do movimento internacional em torno da expansão da Atenção Primária à Saúde (APS), referendado pelos governos do mundo na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (Cazaquistão), em 1978 (Paim, 1999).

Do conjunto desses estudos deriva a compreensão de que as práticas de saúde, nas sociedades contemporâneas, abarcam uma gama de objetos recortados na realidade social como enfermidades, agravos à saúde, condições de saúde e necessidades de saúde (individuais e coletivas). Ao mesmo tempo, determinam sujeitos – profissionais, trabalhadores de saúde e usuários – envolvi-

dos na reprodução social dessas práticas, em seus diversos níveis de organização, dos serviços aos sistemas de serviços de saúde, os quais, em função da forma de financiamento ou gestão adotada, apresentam-se concretamente como públicos privados ou mistos (Teixeira, 1994).

Nessa perspectiva, foram desenvolvidos estudos e pesquisas que adotavam uma perspectiva histórico-estrutural, de cunho marxista, para entender o ‘processo de trabalho em saúde’ e suas diversas modalidades de organização, perspectiva que se desdobrou no estudo das determinações históricas das políticas de saúde em distintas conjunturas, enfatizando o papel do Estado como ‘condensação de relações de força’ entre os diversos grupos e atores sociais cujos interesses se apresentam também no âmbito do setor saúde (Oliveira e Teixeira, 1979). Parte desses estudos tomou como objeto o ‘modelo médico-assistencial’, tratando de apontar suas limitações estruturais e sua vinculação a interesses econômicos mercantilistas, especialmente em sua modalidade ‘privada’ ou ‘privatista’, como passou a ser conhecido o modelo ‘hegemônico’ em nosso sistema de serviços de saúde. Outro grupo de estudos passou a analisar as limitações das propostas alternativas que estavam sendo implantadas, a maioria subsidiária do movimento em torno da APS, os citados Pecs, focalizados em populações pobres, ‘marginalizadas’ pelo modelo de desenvolvimento econômico vigente (Mendes, 1993; Paim, 2002).

Como já é amplamente reconhecido pelos estudiosos desse período, os conhecimentos produzidos e as reflexões e críticas contidas nesses estudos pioneiros, ao mesmo tempo em que operavam uma distinção epistemológica com a saúde pública tradicional, afastando-se também do corpo de doutrina dos movimentos ideológicos de reforma médica, aproximaram-se do ideário da medicina social francesa do século XIX e contribuíram para a constituição do campo da saúde coletiva – assim nomeado no início da década de 1980 –, por representantes da comunidade científica da área.

No final da década de 1970, porém, o efeito talvez mais importante desse esforço de reflexão acadêmica em torno da crítica à ‘medicalização da sociedade’³ foi subsidiar um movimento nascente em torno da ‘democratização da saúde’. Ele veio a constituir o eixo estruturante do processo de luta pela RSB, liderada

³ Termo cunhado por Ivan Illich, referido ao processo de transformação de necessidades e carências geradas na esfera de produção e reprodução da vida, em necessidades de serviços de saúde, especialmente em demanda por serviços de atenção médica, o que reflete uma perda da autonomia dos sujeitos diante da sua própria vida, uma perda da capacidade de ser normativo (para usar a terminologia de Georges Ganguillem, em *O Normal e o Patológico*).

inicialmente pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Fleury, 1997), envolvendo, posteriormente, um conjunto de atores políticos nos quais germi-naram as propostas de luta pelo direito à saúde e pela reforma do sistema público de saúde, amplamente estudadas por pesquisadores da área (Escorel, 1987; Fleury, 1986, 1989, 1995; Paim, 2002).

Um aspecto importante a se destacar diz respeito aos conteúdos da crítica que foram incorporados ou não às propostas políticas formuladas no seio do movimento de reforma. Já em seu estudo pioneiro, Arouca (1975) assinalava a possibilidade do ‘discurso preventivista’ assumir três modalidades distintas: a vertente apologética, defensora da incorporação das medidas preventivas na prática médica; a tecnocrática, que o aproximava das propostas de reforma na organização dos serviços então em voga na área da saúde pública, com os programas de extensão de cobertura; e a vertente crítica que subsidiaria, no limite, uma transformação das práticas de saúde, projetando a utopia de uma mudança do sistema de serviços para muito além do que vinha sendo discutido no âmbito internacional. Ou seja, a possibilidade de construção de um Estado de Bem-Estar Social nos países industrializados e desenvolvidos ou, simplesmente, a constituição de sistemas que, ao privilegiar a atenção primária à saúde, promovessem o acesso de serviços básicos às populações excluídas, proposta essa defendida para os países do Terceiro Mundo.

No Brasil, ao ser formulada a proposta de mudança do sistema – a qual foi incorporada ao conjunto de princípios e diretrizes da RSB, sistematizada no documento denominado *Cebes, Saúde e Democracia*, apresentado pelo Cebes à Comissão de Saúde da Câmara de Deputados, em 1979 –, adotou-se a perspectiva que fundamentava os sistemas de saúde baseados nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, num momento em que se propunha a constituição de uma rede descentralizada, hierarquizada e integrada de serviços (Paim, 1997). Reforçou-se, portanto, a perspectiva adotada em países europeus como Inglaterra e Itália, cujos ‘sistemas’ constituíam modelos inspiradores dos pioneiros da reforma no Brasil – no caso, o modelo constituído no período anterior à adoção do neoliberalismo como referencial para a reforma das reformas (década de 1980).

Duas décadas após o Cebes formular a proposta originária do processo de construção do SUS, é possível levantar algumas questões capazes de desencadear pesquisas históricas, epistemológicas e políticas mais aprofundadas. Ou seja, é possível estranhar a distância entre a radicalidade da crítica à medicina

preventiva e comunitária, fundamentada na utopia da democratização da sociedade como forma de construção do socialismo, sua via pacífica e o ‘choque de realidade’ que, ao lançar os intelectuais da reforma na cena política, fez com que buscassem elaborar propostas de cunho social-democrata, enfatizando mudanças na forma de financiamento, gestão e organização do sistema de saúde, cujos efeitos permaneceriam muito aquém da negação e superação do processo de medicalização da sociedade.

Embora a situação de saúde da população brasileira no período, dramaticamente marcada pelo descaso com a saúde pública e pela mercantilização acelerada da produção e do consumo de serviços, tornasse a proposta de construção de um sistema público, universal e igualitário que contasse, inclusive, com participação popular em sua gestão – algo extraordinário e inovador naquela conjuntura de luta contra o autoritarismo –, o fato é que o amplo debate inaugurado com a proposta de reforma sanitária foi perdendo em radicalidade e, talvez, ganhando em viabilidade de propostas que enfatizaram mudanças no sistema, tônica do processo na década de 1980. Com isso, a mudança nas práticas, no conteúdo do processo de trabalho e, especialmente, nas relações entre os prestadores e usuários, profissionais da saúde e população só voltaram à agenda na década de 1990.

FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS, EXPERIMENTAÇÃO PRÁTICA, DIVERSIFICAÇÃO DE ABORDAGENS CONCEITUAIS E PROPOSTAS ALTERNATIVAS DE ORGANIZAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Os desdobramentos político-social, jurídico-parlamentar e político-institucional do movimento pela Reforma Sanitária fizeram com que, na primeira metade da década de 1980, o foco de interesse principal se deslocasse para a formulação de propostas de enfrentamento da crise do sistema de atenção médico-previdenciário, de cunho fortemente racionalizador, como foi o caso das Ações Integradas de Saúde (AIS). Do ponto de vista político mais geral, a inserção da problemática de saúde na agenda da transição democrática a partir do movimento pelas eleições diretas levou à formulação de propostas de mudança na política de saúde que enfatizassem o fortalecimento do sistema público de serviços, ainda que este contasse, em seu nível operacional, com a participação complementar dos serviços privados.

Durante os anos que se seguiram, marcados pelo avanço do movimento da RSB e a ampliação do arco de alianças que culminou com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a proposta de criação do SUS ganhou força. Passaram a ser discutidos aspectos centrais em torno da sua viabilidade, como foi o caso do financiamento e da gestão, o que, de certa forma, colocou em segundo plano o debate sobre a organização dos serviços, embora, com a implantação das AIS, tenha se tentado avançar, na prática, com o processo de integração e hierarquização dos serviços.

No contexto de restauração do Estado de direito, propósito central da luta pela democratização do país na época, colocou-se na agenda política o debate em torno da saúde como direito de cidadania, um dos temas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, evento que marca a incorporação da proposta de constituição do SUS como política de Estado, formalizada posteriormente na legislação orgânica do setor. Nesse momento culminante do processo de luta pela RSB, os princípios e as diretrizes do SUS foram apresentados e obtiveram o consenso entre os atores participantes do evento, assumindo, a partir daí, a imagem-objetivo de um sistema universal, integral e equitativo, construída a partir do desencadeamento de processos de descentralização e democratização da gestão, condições consideradas necessárias para a reorganização dos serviços.

Esta reorganização foi objeto, inclusive, do debate travado no âmbito da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que produziu um documento no qual se revela a preocupação central com a garantia das condições político-institucionais e financeiras para a implementação dessa proposta, o que se desdobrou no espaço jurídico-parlamentar constituído pela Assembleia Nacional Constituinte e no Congresso Nacional, no final da década, onde as tensões em torno do debate das propostas em relação ao financiamento e à institucionalização da participação popular na gestão do sistema de saúde geraram, inclusive, vetos à versão original da Lei n. 8.080, superados em parte com a aprovação da Lei n. 8.142, em 1990.

Ainda assim, não se pode afirmar que a mudança e a transformação das práticas de saúde estivessem completamente ausentes na pauta de discussões e propostas políticas, mesmo que estas se caracterizassem, fundamentalmente, pela busca de racionalização da crise financeira, por um lado, e de transformação na organização e gestão do sistema de saúde, por outro. Do relatório da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, elaborado em 1987, consta especificamente o detalhamento das idéias em torno da configuração do SUS como

um sistema público que materializaria os princípios ‘finalísticos’ da universalidade, integralidade e equidade, a partir da adoção de estratégias que levassem em conta os princípios organizativos consagrados nos sistemas de base territorial, regionalizados e integrados, que operam em função de adstrição de clientela, hierarquização de serviços, programação local e outros métodos e instrumentos de gestão de sistemas que passavam a ser amplamente difundidos na época (Comissão Nacional de Reforma Sanitária, 1986).

O fato mais importante nessa perspectiva, todavia, foi a implantação dos Suds, na segunda metade da década de 1980, viabilizada pelo ‘pacto de governadores’ formado no primeiro momento do governo Sarney, constituindo espaços político-institucionais onde se inseriam, em alguns casos, propostas que tentavam superar os limites racionalizadores da política vigente no período, como foi o caso da implantação dos Distritos Sanitários, expressão que a proposta de criação dos Sistemas Locais de Saúde (Silos) – difundida pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) na região das Américas – ganhou no contexto nacional (Mendes, 1993).

Os Distritos Sanitários – equivalentes aos Silos e às Unidades Sanitárias Locais (USL) do sistema de saúde italiano – constituíram uma estratégia de reorganização dos serviços que adotava a perspectiva sistêmica, enfatizando a base territorial como critério fundamental para a definição da população coberta e do perfil de oferta dos serviços, levando-se em conta a articulação dos diversos níveis de complexidade e, principalmente, o perfil da demanda e a identificação das necessidades de saúde da população.

A implantação de Distritos Sanitários em vários estados e municípios do país foi um processo que se estendeu com apoio da Opas e da Cooperação Italiana em Saúde, expressando, de certo modo, o esforço desencadeado em algumas secretarias estaduais e municipais de Saúde para a mudança na organização dos serviços. Esta era considerada necessária e urgente, tendo em vista a busca de efetividade e o ‘impacto positivo’ das ações de saúde, para que ocorresse, inclusive, uma acumulação de poder político por parte dos grupos que defendiam a Reforma Sanitária, ao tempo em que contribuía para a legitimação da proposta de mudança junto à população (Almeida, 1989; Mendes, 1993; Teixeira e Melo, 1995).

Do ponto de vista conceitual e metodológico, a proposta de implantação dos Distritos Sanitários retomava, em um patamar superior de desenvolvimento, a tradição do planejamento e da organização de serviços de saúde que havia

sido inaugurada no contexto latino-americano com a proposta contida no método Cendes-Opas (1965), articulando alguns dos seus conceitos-chave, com os avanços da geografia crítica, da moderna epidemiologia e do enfoque situacional de planejamento. Nesse sentido, incorporou-se ao processo de construção dos Distritos Sanitários a delimitação dos territórios correspondentes à área de abrangência da rede de serviços, nos quais se recortava a área de abrangência de cada unidade, espaço esquadrinhado a partir de estudos inspirados na geografia e nas possibilidades tecnológicas abertas com o geoprocessamento de informações.

A incorporação do enfoque situacional do planejamento em saúde, por sua vez, subsidiou a análise de situações a partir da identificação e descrição de problemas, o que permitiu, inclusive, uma (re)articulação entre a epidemiologia, o planejamento e as ciências sociais, voltadas à construção dos objetos de intervenção no âmbito dos distritos, fossem doenças, agravos ou determinantes das condições de saúde (Mendes, 1993; Teixeira, 1993, 1994; Unglert, 1993; Kadt e Tasca, 1993; Tasca, 1993; Teixeira e Melo, 1995).

A necessidade de dar respostas aos desafios colocados pela prática desenvolvida no âmbito dos espaços de experimentação criados pela implantação do Suds e pela organização dos Distritos Sanitários, inclusive o desafio de integrar as ações de vigilância epidemiológica e sanitária às ações assistenciais, estimulou o desenvolvimento, nesse período, de esforços sistemáticos em torno da caracterização do ‘modelo médico assistencial hegemônico’ e as possíveis estratégias de mudança organizacional e técnico-assistencial, solo onde germinou um conjunto de propostas alternativas de redefinição do conteúdo e da forma de organização dos serviços, das práticas e do processo de trabalho em saúde.

Nesse sentido, foi sistematizada uma análise crítica acerca da lógica de atendimento à ‘demanda espontânea’, que caracterizava os estabelecimentos de saúde da rede pública, ao lado das propostas de articulação destas ações com a ‘oferta organizada’ de serviços e as ações previstas nos ‘programas especiais’ (Paim e Teixeira, 1992). Inspirado, fundamentalmente, pelo desafio de reorientar o sistema nacional de vigilância epidemiológica (VE), esse texto pioneiro de Jairnilson Paim e Glória Teixeira problematiza a possibilidade de integração dessas ações com as ações de atenção à saúde dos indivíduos (demanda espontânea) e grupos (programas especiais), apontando o que poderia ser feito em cada unidade para a reorganização da oferta de serviços.

Paralelamente, a experiência desenvolvida em um Centro de Saúde Escola do município de São Paulo, conduzida pelo grupo do departamento de medi-

cina preventiva da USP, contemplou a reconceitualização da proposta de programação em saúde, superando-se o viés economicista e paramétrico que caracteriza a programação local tradicional, desenvolvendo-se a idéia de programação como forma de reorganização do processo de trabalho em saúde, espaço para a identificação de necessidades e problemas de indivíduos e grupos, ponto de partida para a reorientação da lógica de atenção à saúde com ênfase na incorporação de uma perspectiva epidemiológica e social (Schraiber, 1990).

Nesse contexto, também surgem os primeiros estudos do grupo de pesquisadores da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) sobre a gestão e organização do trabalho no âmbito das unidades de saúde, enfatizando-se, especificamente, a mudança nos instrumentos de trabalho e nas relações estabelecidas entre os prestadores e usuários dos serviços, base conceitual para a posterior formulação de propostas que se tornaram conhecidas como o ‘modelo em defesa da vida’, cujos pilares são a preocupação com o acolhimento e o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e a população que demanda os serviços, o que se desdobrou, mais recentemente, na elaboração de propostas de mudança na gestão do trabalho em saúde e na gerência das unidades de produção de serviços (Campos, 1994; Merhy, 1994; Cecílio, 1994).

A acumulação dessas experiências e a diversificação de abordagens conceituais nessa área ocorreram paralelamente ao debate internacional acerca de ‘modelos de atenção à saúde’ (OPS, 1992a) – desdobrado, posteriormente, na análise da ‘crise da saúde pública’ (OPS, 1992b, 1993) – e ao debate nacional fomentado pelos Congressos Brasileiros de Epidemiologia, realizados em 1989, 1992 e 1995 (Paim, 1994; Teixeira, 1996). Isto permitiu o amadurecimento da reflexão a respeito do ‘modelo assistencial’ no âmbito do SUS, tema central da 10ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília (CNS, 1996), retomado, mais tarde, durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000 (CNS, 2000).

Os textos sobre esta temática produzidos por Paim (1993, 1994) nesse período constituem uma sistematização da crítica aos ‘modelos hegemônicos’, seja o ‘médico-assistencial privatista’ seja o ‘modelo sanitarista’, apresentando um grande avanço conceitual que se estrutura em torno da noção de Vigilância da Saúde, elaborada a partir de uma releitura crítica e atualização histórico-concreta do diagrama proposto originalmente por Leavell e Clark, a propósito dos ‘níveis de prevenção’ que atravessam a História Natural das Doenças (HND) (Leavell & Clark, 1987; Arouca, 1975; Teixeira, 2000).

A noção de Vigilância da Saúde, a partir dessa concepção renovada do modelo da HND, incorpora, para além do esquema abstrato que organiza os diversos níveis de prevenção, a análise concreta das práticas de saúde em sociedades históricas, quer se expressem como ‘políticas públicas saudáveis’ – conjunto de ações governamentais e não-governamentais voltadas à melhoria das condições de vida das populações –, quer se expressem como ações de ‘vigilância sanitária’ e ‘vigilância epidemiológica’, além das diversas formas de organização das práticas de ‘assistência e reabilitação’ dirigidas a indivíduos e grupos.

Cabe destacar que, em virtude de sua plasticidade, a noção de Vigilância da Saúde tem se prestado a ser o eixo articulador de propostas as mais diversas, permitindo que a idéia original fosse se enriquecendo à medida que as experiências se multiplicavam e a reflexão acerca do processo de trabalho em saúde se aperfeiçoasse (Teixeira, Paim e Vilasbôas, 1998). Além de sua aproximação com o debate sobre a reestruturação do sistema nacional de Vigilância da Saúde, intensificado a partir da implementação de projetos estratégicos como foi o caso do Projeto Vigisus, a partir de 1998, e da implementação do PSF, a noção de Vigilância da Saúde vem se articulando com os debates a respeito da ‘Promoção da Saúde’ (Buss, 2000; Teixeira e Paim, 2000) e das ‘Cidades Saudáveis’ (Ferraz, 1993, 1999), bem como vem se alimentando das reflexões acerca das ‘ações programáticas de saúde’ (Schraiber, 1990) e outras propostas de mudança na organização e operacionalização das práticas de saúde que têm sido desenvolvidas, seja em núcleos acadêmicos, seja no âmbito dos serviços.

O mais importante, entretanto, é analisar o quanto dessas propostas influenciou e tem influenciado o processo de formulação e implementação de propostas políticas, programas e projetos no âmbito do SUS, espaço no qual, nos últimos dez anos, vêm se conflitanto propostas hegemônicas em relação à organização dos serviços e às alternativas que vêm sendo incorporadas e implementadas em função das oportunidades criadas em determinadas conjunturas.

EXPANSÃO DO CAMPO DE EXPERIMENTAÇÃO E MULTIPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DAS PRÁTICAS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS

O processo de construção do SUS a partir da aprovação das Leis n. 8.080 e 8.142 e, principalmente, do desencadeamento da municipalização das ações e serviços, a partir de 1993, significou a expansão extraordinária dos espaços

onde têm sido introduzidas mudanças na organização dos serviços e nas práticas de saúde. O eixo em torno do qual vem se desdobrando esse processo, em todos os estados e praticamente em todos os municípios do país, resultou da transferência paulatina da responsabilidade de gestão pela Atenção Primária da Saúde (renomeada no Brasil como ‘Atenção Básica’) aos gestores municipais, concomitantemente à implantação do PSF, redefinidos ao longo da década (1994-2004) como ‘estratégia’ de mudança do modelo assistencial do SUS (Cordeiro, 1996; MS, 1998).

De fato, as origens da proposta do PSF remontam ao surgimento e à difusão do movimento de medicina familiar (Paim, 2002), estruturado em meados da década de 1960 nos Estados Unidos com a finalidade de introduzir reformas no processo de ensino médico. Difundido a vários países da América Latina nas décadas seguintes, este movimento se deslocou progressivamente das instituições de ensino para os serviços, inclusive no Brasil, onde emergiu como proposta de formação pós-graduada em medicina geral e comunitária, vindo posteriormente a ser absorvido como fundamentação da política de organização da Atenção Primária à Saúde.

A trajetória institucional dessa proposta ilustra claramente um processo de ‘refuncionalização’ de suas noções e práticas, na medida em que, partindo de uma concepção voltada para a reorganização da prática médica, clínica, através da ampliação do objeto de trabalho (dos indivíduos à família), estas propostas foram paulatinamente associadas aos princípios da medicina comunitária e incorporaram princípios e diretrizes que vão além da clínica, especialmente a contribuição da epidemiologia e da administração e o planejamento em saúde.

De fato, uma análise da concepção brasileira do PSF evidencia a articulação de noções e conceitos provindos de distintas disciplinas do campo da saúde pública e coletiva, que se traduzem em princípios e diretrizes operacionais que buscam conformar um modelo de atenção pautado pela organização sistêmica dos serviços (complementariedade e hierarquização), pelo caráter multiprofissional das equipes de trabalho, pela utilização da informação epidemiológica para o planejamento e a programação das ações de saúde e pela busca de integralidade das práticas (promoção, proteção e recuperação) ainda que no âmbito da Atenção Primária ou, como se convencionou denominar no SUS, da Atenção Básica (Mendes, 2002; Paim, 2004).

O mais interessante e, sem dúvida, mais relevante politicamente é que o PSF, formulado como um programa ‘vertical’ a ser implantado nas regiões

Norte e Nordeste do país – onde existia a necessidade de se interromper ou redefinir o ritmo de expansão da epidemia de cólera no início da década de 1990 – foi reapropriado e redefinido por um conjunto heterogêneo de atores políticos, no nível estadual e posteriormente federal, que viram no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e em seu sucedâneo, o PSF, uma oportunidade histórica de promover a mudança do modelo de atenção à saúde em larga escala.

Com isso, a partir de 1994 e, principalmente, no período de 1998 a 2002, o PSF deixou de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da Atenção Básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerado uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS – na verdade, o instrumento de uma política de universalização da cobertura da Atenção Básica e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível. Mais que isso, o PSF vem sendo concebido como parte de uma estratégia maior de mudança do modelo de atenção, na medida em que se conjugue com mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade induzidas por políticas de regulação e controle, abrindo espaços para a implementação de ações intersetoriais de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população das áreas cobertas pelo programa (Teixeira, 2004).

A importância dessa estratégia para a extensão de cobertura da Atenção Básica vem sendo evidenciada pela enorme expansão do número de equipes do PSF⁴ implantadas em todo o país, ainda que não se possa afirmar que, no conjunto, as ações e os serviços produzidos signifiquem, de fato, a mudança de conteúdo das práticas e da forma de organização do processo de trabalho prevista nos documentos oficiais. Alguns estudos evidenciam que a prática das equipes do programa se concentra, basicamente, na oferta organizada de serviços básicos como ações de educação sanitária dirigida a grupos de gestantes, mães, portadores de doenças crônicas e grupos de idosos, realizadas nas unidades de saúde ou na comunidade, ao lado de ações de Atenção Básica ao grupo materno-infantil, que incluem planeja-

⁴ Informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), referentes a 2004, indicam que se alcançou o número de 195.659 agentes comunitários de saúde (ACS), atuando em cerca de 5.196 municípios do país, contando-se com 21.609 equipes de Saúde da Família (ESF), espalhadas em 4.769 municípios e 8.630 equipes de saúde bucal, implantadas em 3.121 municípios (Ver Figura 1, em Anexos).

mento familiar, pré-natal, acompanhamento e desenvolvimento da criança, controle de desnutrição, infecções respiratórias e outros agravos que constituem o perfil da demanda nesse nível de atenção (Teixeira, 2004).

As ações de vigilância em saúde ainda são desenvolvidas de modo incipiente pela grande maioria das equipes, mesmo estando diante de uma concepção restrita: limitada à vigilância ambiental (controle de riscos relativos a vetores de doenças infecciosas e parasitárias, por exemplo), sanitária (controle de riscos associados ao consumo de bens e serviços, como água, alimentos, saneantes, cosméticos, medicamentos etc.) ou epidemiológica sobre doenças e agravos prioritários, como tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, câncer de colo de útero e mama, ou limitada, ainda, às ações específicas de atenção a problemas de saúde mental.

Um dos resultados indesejados desse processo vem sendo o aumento da demanda por serviços de média e alta complexidade, decorrentes da extensão de cobertura da Atenção Básica, sem que ao mesmo tempo se verifique um aumento da resolutividade desse nível de atenção. Principalmente nos municípios de pequeno porte – que constituem a imensa maioria dos municípios brasileiros –, a implantação da Saúde da Família (SAF), ainda que represente a garantia do direito constitucional do acesso a serviços de saúde, não se fez acompanhar de impacto positivo sobre as condições de saúde da população como um todo, concentrando, na maioria das vezes, os efeitos positivos sobre alguns indicadores de saúde como é o caso da mortalidade infantil.

De todo modo, a opção política por reorientar o modelo de atenção à saúde a partir da mudança na organização das ações básicas permanece como prioridade na agenda política no momento atual, intensificando-se, inclusive, o processo de implantação do PSF, tendo como alvo os grandes municípios do país (com mais de 100 mil habitantes), onde o impacto positivo do programa só se fará sentir caso alcance uma grande cobertura populacional. São esses municípios que se constituem, atualmente, o *locus* institucional de implantação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf),⁵ instrumento de política que vem se fazendo acompanhar da mudança na estratégia de qualificação dos recursos humanos, ‘nó crítico’ do processo, agora objeto de ações de educação permanente através de uma rede de ‘pólos de educação permanente do SUS’, em processo de organização.

⁵ Com recursos previstos na ordem de 550 milhões de dólares para os próximos seis anos (Leal, 2002).

Paralelamente aos esforços dirigidos à reorientação da Atenção Básica – solo no qual vem se constituindo a possibilidade de reorganização de práticas específicas em áreas prioritárias, como saúde da mulher, saúde da criança, saúde do trabalhador, saúde mental e saúde bucal, bem como de reorientação de ações prioritárias de vigilância epidemiológica voltadas ao controle de epidemias e endemias, ao lado da descentralização das ações de vigilância sanitária e implantação das ações de vigilância ambiental –, o processo de construção do SUS tem se constituído, também, no espaço de mudança na organização dos serviços de média e alta complexidade, isto é, de reorientação das ações de assistência médica ambulatorial, laboratorial, hospitalar e farmacêutica.

Novamente o processo de municipalização – inicialmente com a implementação do estágio de ‘gestão semiplena’ e, há pouco tempo, com a multiplicação do número de municípios que atingiram o estágio de ‘gestão plena’ previsto na NOB 001/96 – provocou a necessidade e criou a oportunidade para a introdução de mudanças na organização dos serviços assistenciais, instituindo processos de gestão de redes assistenciais que articulam unidades da rede própria dos sistemas municipais de saúde com unidades de saúde que pertencem à rede contratada e conveniada. A articulação dessas redes vem se constituindo em objetos de políticas, normas e portarias específicas do Ministério da Saúde, principalmente a partir de 1998, revelando a pressão existente pela racionalização dos recursos em função do aumento extraordinário da demanda e da oferta de serviços pelo SUS (Ministério da Saúde, 2002).

Mais recentemente, vem se buscando o aprofundamento desse processo com a formulação de uma política de reforma na área hospitalar, cujo ponto de partida é a adoção de uma perspectiva conceitual que redefine o papel do hospital em um sistema integrado de serviços de saúde. Segundo documentos do Ministério da Saúde, isso se reflete na concepção acerca do tamanho dos hospitais e das funções que deve desempenhar no conjunto dos serviços, desdobrando-se no debate sobre como deve ser o financiamento e a gestão dessas unidades, bem como a organização dos processos de trabalho em seus diversos setores ou unidades de produção de serviços, implicando a redefinição das relações dos hospitais com os demais níveis de prestação de serviços no âmbito do sistema (Ministério da Saúde, 2004).

Em relação ao novo papel dos hospitais, admite-se que estes passem a ser um local para manejo de eventos agudos, onde se faça análise das possibilidades dos benefícios terapêuticos, um lugar onde tenha uma densidade tecnológica

compatível, onde a discussão da eficiência e da qualidade seja colocada o tempo inteiro e que tenha uma infra-estrutura adequada para o cumprimento das atribuições da sua missão. Uma das questões discutidas no âmbito internacional diz respeito ao tamanho ideal dos hospitais, considerando-se que o padrão desejado deve ultrapassar trezentos leitos. Por conta disso, observa-se em vários países (como Reino Unido e França) um movimento de fechamento e fusão de hospitais, buscando-se configurar redes onde os hospitais regionais, por exemplo, operem com estruturas de no mínimo 1.200 leitos.

Desencadear um movimento dessa natureza no Brasil significa assumir o enfrentamento de uma cultura organizacional resistente ao fechamento de qualquer serviço, seja um pronto-atendimento ou uma unidade básica de saúde, até por conta das pressões exercidas pelos setores privado e filantrópico, que atuam na perspectiva do modelo de atenção hospitalocêntrico. A reforma da atenção hospitalar, portanto, está colocada no centro do debate em torno da mudança do modelo de atenção e demanda o conhecimento da realidade da rede hospitalar do SUS, suas características e seus problemas.

Segundo diagnóstico recente realizado pelo departamento de atenção especializada do Ministério da Saúde, esta rede é caracterizada pela heterogeneidade do ponto de vista da distribuição territorial, dos vínculos institucionais, dos graus de organização tecnológica e das relações estabelecidas com os demais níveis de prestação de serviços. Cabe destacar a concentração de leitos na esfera privada e nos grandes centros urbanos, reconhecendo-se que não há propriamente uma organização em rede. Há, na verdade, ‘vários desenhos que se superpõem’, não respeitando uma política de regionalização baseada na distribuição da população, no perfil epidemiológico e no perfil da demanda aos serviços. Também é importante considerar que 38% das unidades cadastradas como hospitais no Brasil possuem menos de trinta leitos, constituindo um segmento que vive em constante crise financeira,⁶ o que induz, muitas vezes, à prática de fraudes na prestação de contas, como o superfaturamento e a simulação de atendimentos (Ministério da Saúde, 2004).

O aspecto financeiro da crise é o que tem tido maior visibilidade. Porém, pelo que foi exposto, é necessário reconhecer que apesar dos recursos serem insuficientes, fracionados e mal alocados, essa insuficiência, má distribuição e má utilização de recursos são potencializadas pela forma como os serviços

⁶ Esse segmento consome cerca de cem milhões de dólares por ano do orçamento do SUS.

hospitais estão organizados e pela forma como estão sendo geridos. A crise, portanto, é também organizacional e gerencial e se relaciona com a organização e gestão do sistema como um todo, isto é, atravessa o processo de formulação e implementação de políticas de financiamento, gestão e organização dos serviços.

Nesse sentido, a busca de alternativas tem exigido o desencadeamento de processos heterogêneos, que incidem sobre aspectos macro e microorganizacionais do sistema de serviços, como é o caso do processo de regionalização da assistência, inaugurado em 2001/2002 por ocasião da elaboração da Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) (Teixeira, 2002), e a descentralização das ações de vigilância em saúde, objeto de esforços coordenados em torno da implantação do Projeto Vigisus, atualmente em sua segunda edição. Também é importante registrar as medidas recentes para reorientar a atenção de urgência/emergência – especialmente com a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) – e as novas formulações de políticas para atenção de alta complexidade no SUS.

No caso do Samu, observa-se que, em 2003, apenas 16 municípios contavam com algum tipo de serviço de atendimento móvel de urgência coordenado por centrais de regulação. A partir do projeto implantado nacionalmente, em dezembro de 2004, já alcançava uma cobertura próxima a 50 milhões de pessoas residindo em municípios com este serviço em funcionamento.

Com o Samu, além do atendimento de urgência extramuros dos serviços de saúde, potencializa-se toda a rede de atenção às urgências com a atuação das centrais de regulação coordenando o conjunto de intervenções necessárias a serem mobilizadas para assegurar o atendimento indispensável a cada situação. Com o Projeto QualiSUS, inicia-se uma série de investimentos para adequação e mudanças na organização do trabalho nos principais hospitais públicos que concentram a oferta de atenção às urgências e emergências nos grandes centros urbanos.

Em relação à atenção de alta complexidade, registra-se um esforço importante de incorporação de diretrizes que permitam uma maior articulação entre as ações de alta complexidade e os outros níveis (Atenção Básica e média complexidade) buscando formatar linhas de cuidado e incorporando na programação da oferta de alta complexidade cadastramento de usuários, adstrição de clientela com base populacional e territorial definida e elenco mínimo de procedimentos a serem assegurados, entre outras medidas.

Como se pode perceber, o desafio de reorientar o modelo de atenção à saúde no SUS enfrenta uma série de obstáculos, entre os quais, sem dúvida, a recriação permanente das condições favoráveis à medicalização da saúde. Este é exatamente o ponto de partida da reflexão crítica sobre a crise do sistema há cerca de trinta anos, exigindo uma atualização permanente dos estudos e pesquisas sobre a forma como se expressa a tensão entre a busca de redefinição das práticas de saúde em direção à universalidade, equidade e integralidade e os limites financeiros, políticos, técnicos e organizacionais para se alcançar a operacionalização desses princípios no cotidiano do sistema.

Situação atual, desafios e perspectivas

Tentando uma breve síntese das principais características da situação atual, cabe destacar a ampliação e diversificação do debate conceitual e político no que diz respeito à mudança do modelo de atenção à saúde no SUS e os desdobramentos do processo de implementação de políticas e programas que tomaram como objeto a organização dos serviços e das ações de saúde no contexto da construção do SUS.

Do ponto de vista conceitual, pode-se constatar que, quando se começou a discutir esse tema, o foco era concedido a princípios e diretrizes gerais que configuravam a 'imagem-objetivo' do sistema. À proporção que se foi avançando em termos de conquistas legais e institucionais, foi ocorrendo uma enorme diversificação dos sujeitos envolvidos no debate e no conteúdo das propostas apresentadas, de modo que, hoje, pode-se identificar a existência de um processo extremamente complexo de discussão, elaboração e implementação de propostas políticas e de práticas de prestação de serviços de saúde que atravessa o espaço acadêmico e se espraia pelos fóruns de discussão política, conferências e conselhos, comissão intergestores nos diversos níveis de governo e se desdobra no âmbito institucional aos níveis federal, estadual e municipal.

Nesse contexto, passou-se de um debate geral sobre a configuração do sistema público e seus princípios norteadores à especificação de propostas de mudança de práticas em áreas específicas, por fora da ação política de grupos organizados de mulheres, trabalhadores, portadores de patologias ou usuários com necessidades especiais, o que demanda a formulação de políticas e estratégias de ação em áreas diversas. A 11^a e a 12^a Conferência Nacional de Saúde refletiram esse processo de ampliação e diversificação do leque de questões que

passaram a ser abordadas sob o tema ‘modelo de atenção à saúde’, apresentando-se, por vezes, com um grau de detalhamento extremado e, de certo modo, inadequado nesse nível de construção da vontade política. Por outro lado, não há como deixar de reconhecer que esta diversificação de atores e propostas reflete uma democratização do conhecimento no campo da saúde coletiva e se inscreve entre os avanços alcançados no processo de Reforma Sanitária.

Do ponto de vista da gestão dos serviços, um balanço dos últimos dez a quinze anos revela que, apesar das mudanças no cenário institucional e das oscilações na correlação de forças favoráveis ou desfavoráveis à implementação de políticas coerentes com a construção do SUS, ocorreu uma ampla descentralização dos recursos e das responsabilidades de gestão sobre os serviços, configurando-se, hoje, o gestor municipal como o principal responsável pela implementação das propostas de mudança do modelo de atenção à saúde. A rede de Atenção Básica encontra-se, praticamente em sua totalidade, sob gestão municipal e a rede de média e alta complexidade tende a seguir o mesmo rumo, na medida em que se consolide o processo de regionalização no âmbito estadual. O Ministério da Saúde somente mantém a gerência direta de cinco unidades hospitalares no Rio de Janeiro e do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, sendo que a imensa maioria foi transferida para a gestão estadual ou para a gestão municipal nos municípios que assumiram a Gestão Plena do Sistema.

Uma análise das tendências em relação ao financiamento dessas redes revela que, apesar do gasto com serviços de média e alta complexidade continuar se elevando, a proporção de recursos que passou a ser destinada à Atenção Básica tem crescido mais rapidamente, apontando a possibilidade de vir a se constituir um relativo equilíbrio, necessário para a garantia da qualificação e adequação da oferta de serviços básicos às necessidades e demandas da população das diversas regiões, estados e municípios (Tabela 1).

Do ponto de vista organizacional, cabe destacar que a imensa maioria de municípios que ingressaram na Gestão Plena da Atenção Básica são induzidos a cumprir o Pacto de Indicadores, o que significa investir na reorientação do perfil de oferta de serviços de modo a contemplar a execução de ações de vigilância em saúde e de assistência a grupos populacionais priorizados em função do mapeamento dos problemas e riscos epidemiológicos aos níveis municipal, estadual e nacional. Evidentemente que o grau de desenvolvimento desse processo é bastante heterogêneo nas diversas regiões e estados do país, o que reflete as condições existentes do ponto de vista gerencial, técnico e operativo, o

que, inclusive, constitui um desafio adicional para as secretarias estaduais de Saúde, que se encontram, em sua maioria, vivendo um processo de revisão da sua missão, isto é, de suas funções e competências em relação à gestão e organização do sistema, dentre as quais sobressai a necessidade de se qualificarem para a cooperação técnica com os municípios das diversas micro-regiões do estado.

Tabela 1 – Série histórica dos recursos federais despendidos mensalmente para o custeio da atenção à saúde no SUS. Brasil – 2000-2004*

	2000	2001	2002	2003	2004
Média e alta complexidade	780.042.160,10	889.718.751,63	927.646.560,39	980.223.521,40	995.554.134,19
Atenção Básica	254.518.065,41	302.008.638,64	332.550.336,92	376.687.592,54	416.762.308,44
Ações estratégicas	197,67	11.259.464,51	50.670.760,55	103.277.523,83	129.935.805,77
Total despendido	1.034.560.423,17	1.202.986.854,78	1.310.867.657,86	1.460.188.637,78	1.542.252.248,39

* Estimativa anual com base nos valores registrados no 1º semestre de 2004.

Fonte: Tabnet/SAS/MS.

Do ponto de vista operacional, conforme citado anteriormente ao serem apontados os resultados alcançados pela estratégia do PSF, é forçoso admitir que ainda não ocorreram mudanças significativas na direção da sonhada ‘reversão’ do modelo de atenção à saúde, de modo a que venha a privilegiar as ações de promoção e vigilância, redefinindo as ações de assistência. Tudo o que se vem fazendo, de certo modo, significa a racionalização do modelo hegemônico, na medida em que amplia a oferta de serviços básicos, permitindo, em algum grau, a reorientação do fluxo da demanda aos serviços de média e alta complexidade, paralelamente à intensificação de ações de epidemiologia e controle de doenças que no máximo conseguem reduzir as insuficiências historicamente acumuladas no âmbito das ações de saúde pública, tentando modernizar as práticas de vigilância em saúde para dar conta dos novos e velhos desafios epidemiológicos decorrentes da específica situação sanitária da população.

Correndo o risco de parecer pessimista, cabe concluir que, apesar dos esforços realizados e dos avanços alcançados, a mudança operada na organização dos serviços e no perfil das práticas de saúde apenas ‘arranha’ a superfície do modelo hegemônico. Desse modo, apesar do aumento extraordinário na produção de

serviços básicos, cabe reconhecer que, no geral, o perfil de oferta de serviços revela a reprodução, em escala ampliada, do modelo médico, assistencial, hospitalocêntrico (Tabela 2). E ainda que isso evidencie o atendimento a uma demanda reprimida historicamente pela insuficiência e ineficiência do sistema público, do ponto de vista da cobertura, acessibilidade, integração sistêmica e qualidade de atenção, expressando a garantia de um direito conquistado, também evidencia o quão distante ainda se está de um sistema de serviços de saúde que opere segundo a lógica da intervenção sobre determinantes, riscos e danos, nesta ordem de prioridades, e não o contrário, como continua a acontecer.

Apesar dessas dificuldades, considera-se que o Brasil tem, hoje, a oportunidade histórica de avançar na efetivação de uma política de saúde e na organização de um sistema público de serviços de saúde que represente, realmente, uma inovação do ponto de vista do modelo de atenção, ou seja, do ponto de vista da direcionalidade do processo de mudança no conteúdo das práticas de saúde. Por conta da complexidade dos desafios e considerando a heterogeneidade de situações existentes nas diversas regiões, estados e municípios, pode-se reanimar a utopia e acreditar que, da diversidade dos sujeitos políticos envolvidos nesse processo de reforma, dos estudos e das pesquisas sobre os problemas e necessidades de saúde da população, da experimentação de alternativas e da construção do novo, pode ser que o SUS venha a tornar-se não somente o ‘maior sistema público de saúde do mundo’, mas o cenário de uma mudança que aponte saídas criativas para a crise em que o país continua imerso. Mais que isso, exige a identificação e o aprofundamento da análise dos desafios atuais, de modo a se encaminhar propostas de mudança que não reproduzam, em outro patamar, as condições favoráveis à manutenção dos modelos que se pretende transformar.

Tabela 2 – Série histórica de indicadores do SUS. Brasil – 1995-2003

INDICADORES	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Variação Percentual (%) 2003/1995
Cobertura populacional por ACS (*)	----	----	----	20,2	30,7	40,4	45,1	50,8	53,2	55,2	----
Cobertura populacional por ESI* (*)	----	----	----	4,4	7,1	15,7	22,1	30,4	34,2	37,9	----
Cobertura populacional por ESB (*)	----	----	----	----	----	----	5,3	13,1	17,5	23,8	----
N. de consultas médicas por hab./ano	2,2	2,2	2,3	2,2	2,3	2,3	2,4	2,5	2,6	—	18,2
N. de exames patologia por 1.000 hab./ano	1.109,15	1.155,74	1.220,01	1.286,83	1.353,57	1.451,67	1.540,28	1.600,36	1788,13	—	61,2
N. de exames de imagem por 1.000 hab./ano	215,23	219,84	232,00	242,08	253,50	249,21	264,86	278,99	309,26	—	43,7
N. de exames de mamografia por 1.000 hab./ano	4,0	4,6	5,4	6,2	7,0	7,9	8,8	10,8	12,5	—	212,5
N. de exames de ultra-sonografia por 1.000 hab./ano	30,9	31,7	32,1	34,4	38,6	42,3	45,9	51,0	57,7	—	86,7
N. de exames de ressonância magnética por 1.000 hab./ano	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,4	0,5	0,6	0,8	—	700
N. de procedimentos de quimioterapia por 1.000 hab./ano	3,2	3,4	3,6	3,5	3,6	4,6	5,5	6,1	7,3	—	128,1
N. de procedimentos de radioterapia por 1.000 hab./ano	28,9	30,9	30,8	29,2	27,5	29,2	31,1	31,5	36,3	—	25,6
N. de procedimentos de hemodiálise por 1.000 hab./ano	21,7	24,4	26,2	29,1	32,9	35,5	38,2	39,3	44,9	—	106,9
N. de cirurgias de varizes por 1.000 hab./ano	0,19	0,16	0,14	0,15	0,23	0,35	0,39	0,53	0,57	—	200
N. de cirurgias de catarata por 1.000 hab./ano	0,76	0,81	0,82	0,86	1,8	1,34	1,55	1,83	1,82	—	139,5
N. de cirurgias de alta complexidade em cardiologia por 1.000 hab./ano	0,33	0,34	0,35	0,36	0,38	0,43	0,47	0,48	0,54	—	63,6
N. de cirurgias de alta complexidade em neurocirurgia por 1.000 hab./ano	0,0	0,0	0,0	0,02	0,38	0,57	0,63	0,66	0,72	—	3500
N. de cirurgias de alta complexidade em ortopedia por 1.000 hab./ano	0,03	0,04	0,04	0,05	0,05	0,05	0,06	0,07	0,10	—	233,3
N. de transplantes realizados por 1.000 hab./ano	0,03	0,03	0,02	0,03	0,03	0,04	0,04	0,05	0,05	—	66,7

* Fonte: Siab – Situação em julho de cada ano referido

Fonte: Tabnet/SAS/MS e IBGE – Censos Demográficos e Contagem Populacional.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, C. M. *Os Atalhos da Mudança na Saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Opas/OMS, 1989.
- AROUCA, A. S. S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*, 1975. Tese de doutoramento, São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp.
- BUSS, P. M. *Promoción de la salud y la salud pública: una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe*. Rio de Janeiro: [S.n.], 2000.
- CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança; revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- COMISSÃO NACIONAL DE REFORMA SANITÁRIA. *Relatório do grupo de trabalho sobre organização do Sistema Único de Saúde*. Brasília, 1986.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *10ª CNS – Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *11ª CNS – Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde, com controle social*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial. *Cadernos Saúde da Família*, 1(11): 13-15, 1996.
- DONNANGELO, M. C. F. *Saúde e sociedade*. São Paulo Duas: cidades, 1976.
- ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*, 1987. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz.
- FERRAZ, S. T. A pertinência da adoção da filosofia de Cidades Saudáveis no Brasil. *Saúde em Debate*, 41: 45-49, 1993.
- FERRAZ, S. T. *Cidades Saudáveis: uma urbanidade para 2000*. Brasília: Paralelo 15, 1999.
- FLEURY, S. M. Cidadania, direitos sociais e Estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1986. p. 91-112.
- FLEURY, S. M. (Org). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989.

- FLEURY, S. M. (Org.). *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.
- FLEURY, S. M. (Org.). *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- KADT, E. & TASCA, R. *Promovendo a Equidade: um novo enfoque com base no setor da Saúde*. São Paulo/Salvador: Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde, 1993.
- LEAVELL, H. & CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill do Brasil, 1987.
- LEAL, P. R. M. Grandes cidades, grandes desafios. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 6: 44-48, 2002.
- MENDES, E. V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.
- MENDES, E. V. A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário. *Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde*, 10; 7-19, 1993.
- MENDES, E. V. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Medicina e história: as raízes sociais do trabalho médico*, 1979. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *A organização tecnológica do trabalho em Saúde*, 1986. Tese de doutoramento, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- MERHY, E. E. 1994. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade, *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. 2. ed. Brasília: 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Assistência à Saúde. *Reduzindo as Desigualdades e Ampliando o Acesso à Assistência à Saúde no Brasil, 1998-2002*. Brasília: 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. *A Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira*. Brasília: 2004.
- OLIVEIRA, J. & TEIXEIRA, S. F. (Im)Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Vozes : Rio de Janeiro, 1979.

- OPS. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington, D.C.: OMS/OPS, 1992. (Publicación Científica, 540).
- OPS/OMS. Promoción de liderazgo y formación avanzada en Salud Pública: la prestación de servicios de salud. *Educación Médica y Salud*, 26(3): 293-425, 1992a.
- OPS. *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud: la administración estratégica*. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1992b. (HSD/Silos, 2).
- OPS. *Sobre la teoría y práctica de la salud pública: un debate, múltiples perspectivas*. Washington, D.C.: OPS, 1993. (Série Desarrollo de Recursos Humanos, 98).
- PAIM, J. S. Medicina Familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. In: PAIM, J. S. *Saúde, Crises e Reformas*. Salvador: UFBA/Proed, 1986.
- PAIM, J. S. A reorganização das práticas de Saúde em Distritos Sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.
- PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. (Org.). *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.
- PAIM, J. S. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- PAIM, J. S. Políticas de descentralização e Atenção Primária à Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. (Org.). *Epidemiologia & Saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- PAIM, J. S. *Saúde, Política e Reforma Sanitária*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Ceps, 2002.
- PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. *Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde/Decit, 2004.
- PAIM, J. S. & TEIXEIRA, M. G. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). In: SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 1992, Brasília. *Anais...* Brasília: MS/FNS/Cenepi, 1992. p. 93-144.
- SCHRAIBER, L. (Org.). *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1990.
- TASCA, R. Sistemas de informação em saúde para Distritos Sanitários In: MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.
- TEIXEIRA, C. F. Planejamento e programação situacional em Distritos Sanitários: metodologia e organização. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.

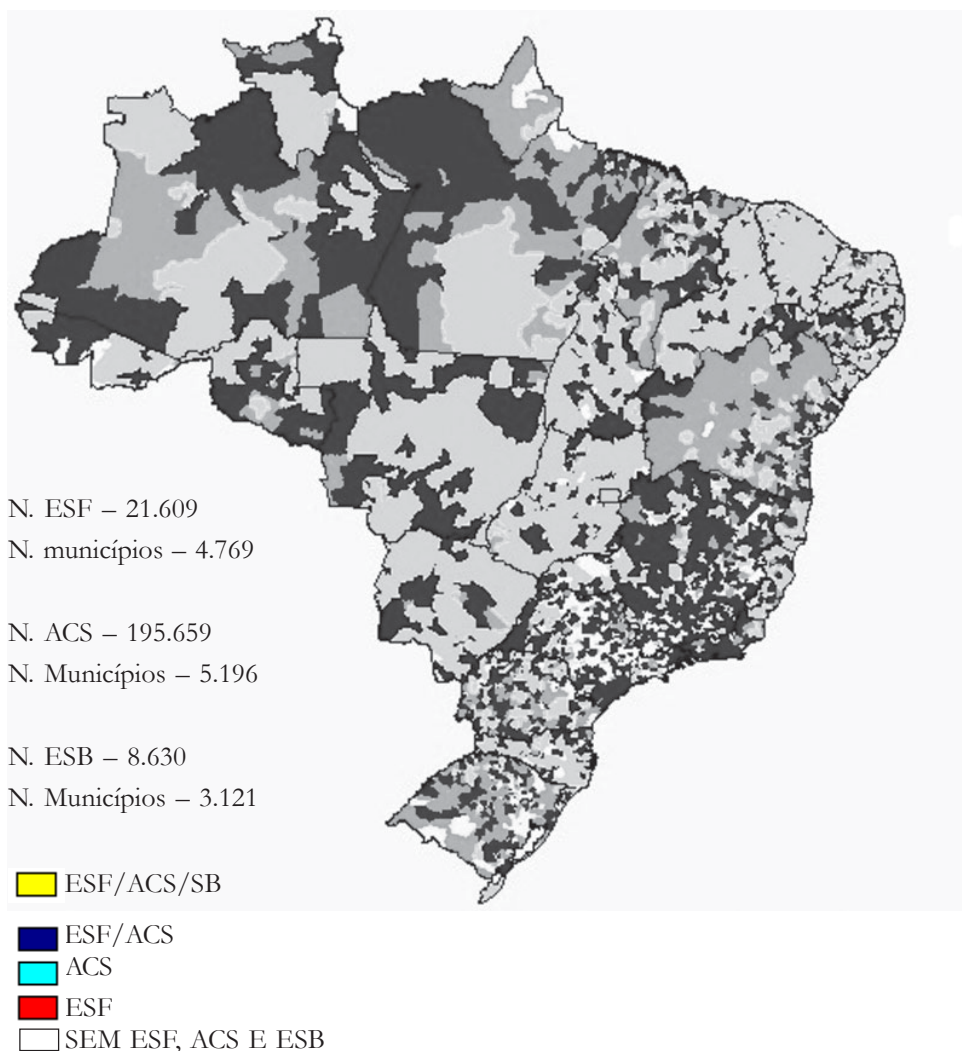
- TEIXEIRA, C.F. A construção social do planejamento e programação local da vigilância à saúde no distrito sanitário. In: MENDES, E. V. et al. *Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário*. Brasília: Opas, 1994. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 13).
- TEIXEIRA, C. F. *Epidemiologia e Planejamento em saúde: uma contribuição ao estudo dos Congressos Brasileiros de Epidemiologia 1989-2005*, 1996. Tese de doutoramento, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- TEIXEIRA, C. F. *O Futuro da Prevenção*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/ Casa da Qualidade, 2000.
- TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(suplemento): 153-162, 2002.
- TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 7: 10-23, 2004.
- TEIXEIRA, C. F. & MELO, C. (Orgs.). *Construindo Distritos Sanitários: a experiência da cooperação italiana em Saúde no município de São Paulo*. São Paulo/Salvador: Huvitec/CIS, 1995.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. & VILASBÔAS, A L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, VII(2): 7-28, 1998.
- TEIXEIRA, C. F. & PAIM, J. S. Planejamento e programação das ações intersectoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Revista de Administração Pública*, 34(6): 63-80, 2000.
- UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.

Anexos

Quadro 1 – Temas e fatos relacionados com a construção de alternativas ao modelo hegemônico de Atenção à Saúde no Brasil

Período	Temas em debate	Fatos significativos
1975-1986	Movimentos ideológicos de reforma em saúde: medicina preventiva, medicina comunitária Evolução histórica da política de saúde no Brasil: assistência médica previdenciária; campanhas e programas de saúde pública Crise da Previdência Social (1981); democratização da saúde (1976-1979); proposta de criação do SUS (1979) Cidadania e direito à saúde (1984-1986)	Lei n. 6.229: Sistema Nacional de Saúde (1975) Criação do Cebes (1976) Criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) Projetos experimentais (Montes Claros-MG, Londrina-PR etc.) Programas de Extensão de Cobertura (Pecs, Pias) (1975-1979) Ações Integradas de Saúde (1982-1985) Fortalecimento do Movimento pela Reforma Sanitária brasileira 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (1986)
1987-1989	Estratégias de unificação e descentralização do sistema de saúde; Sistemas Locais de Saúde: princípios e diretrizes organizacionais	Implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) Criação e desenvolvimento de Distritos Sanitários (Bahia, Ceará, Paraná, Rio Grande do Norte, São Paulo etc.)
1990-2000	A epidemiologia na organização dos serviços de saúde Vigilância da Saúde: concepção restrita e ampliada Saúde da Família: estratégia de mudança do modelo de atenção? Promoção da Saúde	Legislação orgânica do SUS (Leis n. 8.080 e 8.142/90) 9ª CNS: Municipalização é o caminho (1993) Implantação das Normas Operacionais Básicas: municipalização das ações e serviços de saúde 10ª CNS: Construindo um modelo de atenção à saúde (1996) 11ª CNS: Efetivando o SUS com qualidade, efetividade e humanização do atendimento (2000)
2001-2005	Avaliação e qualificação da Atenção Básica Educação permanente em saúde Vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental)	Noas 2001/2002: Regionalização da assistência à saúde Proesf Vigisus II 12ª CNS Reforma hospitalar do SUS

Figura 1 – Situação de implantação de equipes de Saúde da Família, saúde bucal e agentes comunitários de saúde



Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab).

15. A TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO SUS: UMA BUSCA DE IDENTIDADE

Luiza Sterman Heimann
Maria Helena Mendonça

A trajetória da Reforma Sanitária brasileira teve seu momento de construção ideológica ainda nos meados da década de 1970, com forte crítica à medicina preventiva e comunitária e de seus pressupostos, que sustentaram o projeto de saúde coletiva no Brasil na busca de um outro modelo explicativo do processo de saúde-doença (Escorel, 1999).

Até a primeira metade da década de 1980, a saúde coletiva experimentou novos projetos de intervenção no campo da organização dos serviços, que, por sua vez, envolveram a disputa entre a racionalização interna dos serviços existentes, por via de uma reforma administrativa, e um outro ordenamento com base num planejamento que considerasse a resposta às necessidades sociais em saúde. Ainda na década de 1980, seguiu no campo da luta pela restauração da democracia e da expansão dos direitos sociais no país, expressando a manifestação coletiva pela melhoria das condições de vida da população.

Esta trajetória possibilitou o lançamento das diretrizes e dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se dois fatos centrais para a proposição de novas bases políticas para a estruturação do Estado e das relações de solidariedade entre os setores sociais, indispensáveis ao enfrentamento das desigualdades sociais e de saúde. Foram eles a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e o processo político constituinte, em 1988.

Nesta conjuntura, definiu-se uma reestruturação da política social a partir de um desenho de modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático, que refez o campo dos direitos sociais com a ampliação da cidadania e a constituição da seguridade social, criando as bases para construir uma ordem social nos moldes de um Estado de Bem-Estar Social, onde a saúde se inscreve como direito de todos os cidadãos e dever do Estado.

Contudo, o ideal constitucional sofreu forte resistência quanto à regulamentação dos direitos sociais de forma integrada. Este processo prolongou-se até as revisões constitucionais de 1993-1995, que ajustaram os projetos reformistas ao pensamento neoliberal e mantiveram a definição das políticas sociais fragmentadas por setor com forte disputa por recursos financeiros (Mendonça, 2002, 2004).

O SUS manteve-se como difusor dos seus pressupostos – universalização, descentralização e participação social –, assumindo uma posição contra-hegemônica na defesa do papel do Estado e da garantia de direitos. Isso, entretanto, não impediu que mecanismos de ajuste fossem incorporados e que se flexibilizasse o projeto de reforma original.

Um dos principais reflexos desse processo se deu no âmbito do financiamento, com uma forte disputa por recursos dentro do orçamento da seguridade social, quando o setor saúde perdeu essa fonte de financiamento e, com dificuldades, sustentou os patamares orçamentários da década de 1980. Somente ao final da década de 1990, a Emenda Constitucional 29/1999 adotou uma definição para o repasse de recursos do Tesouro para o setor saúde nos diversos níveis de governo e estabeleceu metas de transição para a responsabilização dos mesmos com os problemas de saúde.

Ainda no âmbito do financiamento, a lei de responsabilidade fiscal, que estabelece o controle do gasto público, restringiu especialmente os gastos governamentais com pessoal e representou um entrave ao desenvolvimento setorial, pelo impacto que essa medida tem sobre a contratação de trabalhadores estáveis, na área da saúde, que se caracteriza pela utilização intensiva de mão-de-obra.

Reconhece-se que nos 13 anos do SUS houve uma transformação institucional de fato do sistema brasileiro de proteção social em saúde (Draibe, 1997; Arretche, 2000; Levcovitz, Lima e Machado, 2001), principalmente quanto à integração institucional do novo Ministério da Saúde, desde 1993, quando se extinguiu o órgão da previdência social responsável pela assistência médica no país – o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).

Embora ainda persistam dificuldades quanto à articulação entre assistência médica e ações de controle de riscos e agravos, tem-se buscado quebrar essa dicotomia que expressa o resultado histórico de uma segmentação das ações na população. Neste panorama de tensão, o Ministério da Saúde teve como desafio a possibilidade de expandir a Atenção Básica (AB) segundo o paradigma da

determinação social da doença, o que implica organizar os serviços e o sistema em função das necessidades da população, onde a AB se coloca como o primeiro nível de atenção.

Como evidências desses esforços, o Ministério da Saúde vem reformulando suas prioridades e o primeiro nível de atenção ou atenção básica à saúde, como é mais comumente denominada no país, passou de uma perspectiva marginal no financiamento do sistema de saúde para uma concepção estratégica de reorientação do modelo de atenção operacionalizada por instrumentos normativos que visaram à sua organização, à sua expansão e ao seu financiamento dentro do sistema público.

Muitos são os estudos que traçam um paralelo entre a formulação, negociação e implementação de normas operacionais básicas de saúde (NOBs) e a formatação da agenda setorial, bem como da definição de valores e regras que conduziram o processo de descentralização (Lucchese, 1996; Carvalho, 1998; Heimann et al., 2000; Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

A negociação das NOBs influenciou os debates da nona, décima e décima-primeira Conferência Nacional de Saúde, que resultaram em consenso entre o governo federal, representado pelo Ministério da Saúde, os demais entes federativos, representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), e os representantes de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços do SUS, para se definirem os rumos do sistema de saúde na década de 1990.

Nesse período, cresceu também o acesso de toda a população aos serviços de saúde relacionados à atenção básica, sobretudo em pequenas localidades, onde antes inexistiam recursos de saúde. Esse processo, iniciado na década de 1980 por um conjunto de medidas que promoveu a expansão da oferta de ações e serviços visando cidades de porte médio e grande, expandiu a cobertura, apoiou a integração das ações e serviços de saúde de vários níveis de atenção e unificou o sistema de saúde, sem contemplar necessariamente a universalidade nem a equidade.

Sem dúvida, essa expansão também experimentou uma aproximação com as necessidades sociais observadas, associando nas intervenções públicas as condições de pobreza e promoção da saúde, que, apesar de serem fenômenos indissociáveis na análise do desenvolvimento socioeconômico de uma sociedade, têm naturezas distintas. Para intervir nas desigualdades entre os grupos humanos, os

serviços básicos de saúde devem perseguir uma atenção integral e interagir com outros setores sociais, respeitando as características de cada um.

Quanto à AB, que foi se organizando no plano municipal desde as Ações Integradas de Saúde, é importante resgatar-lhe o significado intrínseco de um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica e se estruturam a partir do reconhecimento das necessidades da população, apreendidas após o estabelecimento de um vínculo entre população e profissionais da saúde, em contato permanente com o ambiente de um dado território. É intrínseca a esse modelo a integração entre a unidade de serviço e a comunidade e entre usuário e profissionais da saúde, sendo este o princípio estruturante da organização dos serviços que se propõe.

Nesse sentido, olhar o desenvolvimento mais recente do enfoque da AB dentro das reformas da década de 1990 implica identificar que esse processo com raízes em outras fases do debate e da implementação do projeto de Reforma Sanitária brasileira tem sua singularidade, embora seja influenciado por um contexto externo de reformas setoriais que se voltam para reorganizar a proteção social em saúde.

Com adesões e resistências a coalizões internacionais em torno da saúde e sua concepção no âmbito da proteção social, a perspectiva da Atenção Primária é objeto das políticas públicas brasileiras, que visam a garantir a universalidade e a integralidade da atenção. Como afirma Testa (1992), a Atenção Primária tem sentido diverso conforme o modo de ela se materializar em cada sistema de saúde, não apenas no âmbito formal dos documentos oficiais, mas também na organização concreta do conjunto das ações e dos serviços de saúde que garantem esses princípios.

Assim, neste trabalho, tendo por tese que a AB se incorpora e integra o SUS, importa refletir sobre como e quais as condições de consolidá-la. Este aspecto será abordado através de uma reflexão temporal sobre a base político-ideológica da Reforma Sanitária e pela análise da trajetória do Programa de Saúde da Família (PSF) no SUS.

O PSF formulado na década de 1990 constitui um modelo de organização da atenção no nível primário, que se insere na AB e convive com outros modelos dentro do SUS. A configuração atual do SUS não rompeu propriamente com o modelo capitalista periférico de organização dos serviços de saúde fortemente identificado com a medicina curativa, e cabe observar suas possibilidades e singularidades a partir das práticas assistenciais adotadas, especialmente no que diz respeito à prática médica.

Atenção básica: origens e significados

No contexto das reformas do setor saúde, no plano internacional, preconiza-se a organização de um sistema unificado que enfrente a segmentação social e no qual o poder público seja comprador único de serviços complementares. Também se valoriza o primeiro nível de atenção dentro do sistema – Atenção Primária – com vistas a mudanças no modelo de atenção. Esse novo modelo assistencial deve articular a promoção à saúde, à prevenção e ao acolhimento, definindo uma porta de entrada e referência para maiores complexidades. Nele ainda se tem como limite a adesão da população e a programação das ações desenvolvidas.

A esta estratégia se articula a regulação da incorporação tecnológica, a diminuição dos leitos e a incorporação de novos serviços, exceto hospitalares. Enfatiza a incorporação da profissão médica, embora privilegie os generalistas (médico de família) e renove a indicação de especialidades.

No contexto da reforma do sistema de saúde brasileiro, a questão da Atenção Primária à Saúde (APS) toma contornos próprios (Teixeira, 2003), após mais de duas décadas como objeto de debate de movimentos que visavam a ampliar o acesso da população aos serviços de saúde urbanos e interiorizar a assistência à saúde. Ao longo do tempo, esse debate vem conformando diversos modelos loco-regionais de atenção ou correntes de pensamento em torno da mudança de modelo assistencial no país, as quais apostam suas reflexões em distintas dimensões, sem produzir um efeito mais integral para reversão do atual modelo de assistência.

A implementação do SUS é um momento significativo para o cumprimento dos princípios orientadores da Reforma Sanitária, previsto em seu ideário e nas suas leis regulamentadoras. Trata-se de operacionalizar os princípios da universalização do acesso aos serviços de saúde com equidade, descentralização da gestão do sistema e dos serviços de saúde e da participação social, onde a retomada da estratégia de APS exige uma reconceitualização do que seria o primeiro nível de atenção nesse sistema.

É importante destacar que há diferenças de concepção entre APS e AB. A primeira surgiu numa perspectiva restrita associada à racionalização dos gastos hospitalares, mas se amplia nas propostas das agências internacionais – como Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) – em torno da meta social da Saúde para Todos no

ano 2000 (projeto SPT 2000), consensual na Assembléia Mundial de Saúde de 1979. Parte da concepção de saúde como bem-estar biopsicossocial estabelece para as políticas públicas a extensão de cobertura com ações de prevenção, cura e reabilitação voltadas para grupos de indivíduos, bem como para controle de doenças e agravos.

A Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, em Alma-Ata (Cazaquistão), que precedeu a assembléia, lançou uma primeira aproximação entre Atenção Primária e cuidados primários, assim como os componentes fundamentais da APS: educação em saúde para divulgação dos problemas de saúde mais prevalentes e dos métodos para sua prevenção e controle, adequada provisão de água e saneamento básico, cuidados com a saúde materno-infantil, imunização contra doenças infecciosas e terapias para doenças com fornecimento de medicamentos.

O projeto SPT 2000 toma como modelo explicativo da saúde e da doença o modelo da multicausalidade, que parte da tríade ‘agente-hospedeiro-meio’, que se complexifica ou se decompõe em múltiplas causalidades. Sua lógica interna mantém o paradigma da clínica, que busca a causa das alterações físico-patológicas nos indivíduos com base na história natural da doença, ou o paradigma da medicina preventiva (Paim e Almeida Filho, 2000; Czeresnia, 2003).

Para a organização dos serviços básicos de saúde, a medicina preventiva oferece uma solução racionalizadora ou de redução do custo para assistência médica, em contraposição à necessidade crescente de incorporação tecnológica à assistência e de elevação do gasto com saúde, pela incorporação de força de trabalho especializada e de novos instrumentos de diagnose e terapia. Os serviços se definem pela identificação das ‘necessidades básicas’ de dada população, preferencialmente aquela excluída do acesso aos bens econômicos e sociais (Barrenechea, Trujillo e Chorny, 1992).

No SPT 2000, a política de extensão de cobertura fundamentada no modelo preventivista é denominada de APS e percebida como “estratégia organizativa da atenção definida pelos princípios e diretrizes que esses serviços devem proporcionar” (Starfield, 2001, apud Brasil, 2004: 5). Contudo, a APS – ao propor integrar os sistemas nacionais de saúde e fortalecer as políticas sociais, coordenando planos e ações intersetoriais – apostava na capacidade de outros setores para satisfazer seus requerimentos básicos.

O movimento sanitário no Brasil incorpora, em parte, a crítica elaborada à medicina preventiva através da substituição do paradigma da multicausalidade pelo paradigma da determinação social da doença, constituindo um novo modelo de atenção que passa também a se configurar em novo modelo de organização do trabalho em saúde e dos serviços. Assim a Reforma Sanitária propõe uma reorganização dos serviços de saúde em um sistema integrado, que inclui ampliar o acesso a todos os níveis de atenção em função das necessidades, demandas e representações da população.

Se na década de 1980 a referência do SPT 2000 foi importante para a organização dos sistemas nacionais de saúde, particularmente para a América Latina, na década de 1990 prevalece a hegemonia de pensamentos das reformas neoliberais onde a operacionalização do SUS passa a se configurar como um projeto de contra-reforma. Isto é, uma disputa entre um sistema público de saúde universal e integral, onde a saúde é um direito de cidadania e um sistema público de saúde fragmentado para os consumidores que não podem comprar sua saúde no mercado.

Em consonância com os princípios do SUS, atualmente o Ministério da Saúde, ao valorizar a Atenção Primária, define-a como AB ou “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde, voltadas para a promoção de saúde, prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (Brasil, 2004: 5).

Esta concepção supera a proposição preventivista e se fundamenta no paradigma da determinação social da doença. Considerar as diferenças entre as noções de AB e Atenção Primária de Saúde em termos da fundamentação política e ideológica é importante para entender o processo em curso e as dificuldades e os desafios a ele propostos, onde o PSF é um caso exemplar na estruturação da AB.

A trajetória do PSF

Desde sua criação, o PSF tem se destacado na agenda nacional de saúde como instrumento de reforma da política de saúde brasileira, envolvendo mudanças no modelo de atenção, na organização do sistema de saúde e nas modalidades de alocação de recursos e de remuneração das ações básicas de saúde (Viana e Dal Poz, 1998).

Um ponto a se destacar é esse recente foco das políticas sociais na família – que implica considerá-la como sujeito de atenção –, sobre o qual deve-se ter pleno conhecimento dos problemas, o que exige uma nova abordagem para os profissionais da saúde e uma interação qualificada da equipe de saúde. Afinal, de que família se está falando? Quais são suas necessidades de saúde? Em que contexto se inserem? Tais questionamentos indicam também uma nova orientação dos serviços para as comunidades onde as famílias habitam.

Pode-se observar algumas fases no desenvolvimento dessa estratégia da AB através da indução federal e da adesão dos municípios. Descreve-se o desenvolvimento do PSF considerando-se variáveis como cobertura populacional, região onde se implementou, porte dos municípios, regras de transferência de recursos e vinculação administrativa da coordenação do programa. As fases são:

- emergência (1994-1995);
- fusão entre Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e PSF (1995-1997);
- expansão (1997-2002);
- consolidação e expansão planejada (2003-2010).

FASE DE EMERGÊNCIA (1994-1995)

A adoção da estratégia do PSF como política nacional estruturada ocorre a partir de 1994, visando à reorganização do SUS e ao aprofundamento da municipalização. Resultou de esforços conjuntos dos gestores de diversos níveis de governo em encontrar uma resposta à necessidade de transformação do modelo de atenção hegemônico no sistema de saúde brasileiro centrado na doença e na assistência médica individual e à fragmentação da assistência quanto à prevenção e cura.

Antes dessa data, em 1991, já se implementara o Pacs. Em 1994, o Pacs já estava implantado em 13 estados das regiões Norte e Nordeste, em 897 municípios, com 29 mil agentes comunitários de saúde (ACS). E em 1995 atingia 1.088 municípios, com expansão para a região Centro-Oeste com 34.500 profissionais.

No governo federal, o Ministério da Saúde sofria pressão por parte do Ministério da Administração e Reforma do Estado para redefinir sua função. A saúde, por esta perspectiva, deixaria de ser responsabilidade do Estado e a

prestação dos serviços deveria ser realizada no setor privado, portanto no mercado. Cabia ao Estado a execução de serviços para grupos sociais excluídos do mercado (Pereira, 1997).

Nesse contexto, o projeto nacional para a saúde foi formulado de acordo com a política de ajuste advinda dos organismos internacionais, como os Fundos para o Desenvolvimento, que contemplavam políticas direcionadas ao sistema de saúde numa ‘agenda global da saúde’ (Viana e Dal Poz, 1998; Costa, 1996). O Estado passaria a ter uma função primordialmente regulatória, pela qual financiaria a prestação de serviços, organizados com base no reconhecimento de agravos e riscos estabelecidos pela técnica da carga de doenças, configurando uma cesta mínima para populações excluídas do mercado.

Isso levaria a uma reforma constitucional no capítulo da saúde, que o governo não teve condições políticas de implementar, utilizando, então, outras estratégias para fazer prevalecer sua proposta (Arretche, 2000; Levcovitz, Lima e Machado, 2001; Carvalho, 2001). Nesse processo de rediscussão da responsabilidade pela assistência à saúde, iam se conformar dois subsistemas: o da AB e o da assistência hospitalar.

A definição de AB com esses pressupostos convive com as demais concepções que já haviam sido trabalhadas na implementação do SUS. Diante dessa tensão, o Ministério da Saúde, como ator destacado do processo, adota a estratégia da saúde da família como um programa de organização da atenção.

Contudo, o ministério também foi receptor da demanda para promover mudanças na rede básica, coordenada pelo Conasems e que tinha por base o êxito de diversas experiências municipais do Pacs, implantadas em áreas prioritárias selecionadas – especialmente no Ceará –, e que antecedeu a formulação do PSF.

Nessa perspectiva, a concepção teórica do PSF estava fortemente orientada pela diretriz da integralidade da atenção do SUS (Giovannella et al., 2000; Mattos, 2001; Teixeira, 2002; Mattos, 2003). Ela supunha a adoção de uma concepção ampliada de saúde e seu reconhecimento como direito de cidadania; a eleição da família e de seu espaço social como núcleo básico de abordagem na atenção à saúde; e a identificação de risco social e epidemiológico no território.

Com essa concepção, são recuperadas as propostas do modelo de atenção formulado no interior do movimento da Reforma Sanitária e, quanto a seu caráter de modelo assistencial, é trabalhada a noção mais sofisticada de AB,

que acarreta: o reconhecimento da complexidade dos processos de atenção à saúde em todos os níveis; a garantia de atenção integral e de boa qualidade à população, por meio de ações articuladas de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; e o reordenamento da demanda, com destaque para a promoção da saúde e adoção de mecanismos de referência para garantia de acesso a todos os serviços necessários.

Esta noção mais sofisticada de AB estimula o desenvolvimento de ações intersetoriais, que incorporam a realização de parcerias com outras instituições e a comunidade para a solução dos determinantes dos problemas de saúde. Estas ações são pautadas na valorização do trabalho em equipe, na democratização do conhecimento sobre o processo saúde e doença e política de saúde, e no incentivo à organização da comunidade para o controle social.

Nesse primeiro momento, diante das diferentes concepções sobre a AB a ser implementada pelo PSF, sua cobertura populacional pouco evoluiu. Em 1994, eram cerca de 1.130.000 pessoas com 328 equipes de saúde da família (ESF) implantadas e, em 1995, aproximadamente 3.500.000, com 724 ESF (Brasil, 2002). A expansão concentrou-se em pequenos municípios das regiões Norte e Nordeste em áreas emergenciais, onde as redes públicas de AB eram praticamente inexistentes.

A implantação do PSF através da assinatura de convênio exigia contrapartidas como a instalação de Conselho e Fundo Municipais de Saúde e critérios de seleção, e como privilegiar áreas de risco social – definidas pelo Mapa da Fome – para seu adequado acompanhamento. Esta fase saiu de um patamar de implantação de ESF em 55 municípios, em 1994, para 150 municípios com adesão ao PSF, em 1995. Com uma coordenação nacional institucionalmente vinculada à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), órgão oriundo das estruturas do antigo Ministério da Saúde Pública e com financiamento próprio como qualquer outro programa, o PSF não conseguiu se integrar ao SUS.

A NOB 93, que regia a implementação do SUS, neste período teve como principal diretriz a descentralização com mudanças importantes na gestão do sistema. Seu grande desafio foi estruturar os sistemas municipais de saúde com os requisitos de criar os fundos municipais, os conselhos municipais de saúde e a rede básica municipalizada – onde não houvesse – ou municipalizar onde existissem serviços sob a gestão de outras esferas de governo. Ela definiu como responsabilidades e prerrogativas do gestor municipal a incorporação, a execução e o controle das ações básicas de saúde.

de, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica e sanitária e de saúde do trabalhador. Uniformizou o financiamento da atenção quando passou a financiar a AB realizada pela rede pública por meio do pagamento de procedimentos, equiparando os pagamentos da saúde pública com os da assistência médica. O município tornou-se o gestor único do sistema no âmbito do seu território, sendo o financiamento um fator de estrangulamento e de tensão entre os poderes estaduais e municipais.

Ao mesmo tempo em que o avanço da estruturação do SUS, segundo seus princípios, buscava ampliar a universalização do acesso e a integralidade da atenção através da descentralização, a política de governo da época impunha restrições na expansão da ação pública estatal nas áreas sociais.

FASE DA FUSÃO ENTRE PACS E PSF (1995-1997)

A partir de 1995, com a formulação do Plano de Ações e Metas Prioritárias, o Ministério da Saúde afirma o PSF como prioridade no âmbito da AB. Se a criação do Pacs, em 1991, sugeriu uma transição do modelo, cabia agora ao PSF mostrar-se como uma inovação mais adequada à generalização do processo.

A cobertura populacional do Pacs e do PSF começa a evoluir, expandindo-se também na região Centro-Oeste e para municípios de pequeno e médio porte. Em 1996, 228 municípios contavam com 847 ESF e tinham uma população adscrita de cerca de quatro milhões de pessoas. Em 1997, 567 municípios somavam 1.623 ESF e cobriam 5.500.000 pessoas (Brasil, 2002). A coordenação dos programas nesta fase foi integrada às estruturas gerenciais do SUS e se localizou na Coordenação de Atenção Básica na Secretaria de Assistência à Saúde do ministério.

Logo os mecanismos de pagamento por procedimentos de AB se evidenciaram insuficientes, indicando a necessidade de remuneração *per capita*, o que foi objeto de debate e definição da NOB 96, a qual promoveu incentivos para o PSF e o Pacs. Foi requerida a abertura de contas específicas para o Piso de Atenção Básica (PAB), dissociadas da conta destinada à assistência médica, onde estavam incluídos os repasses a título de pagamentos do custeio ambulatorial e hospitalar.

Essa política de descentralização da gestão e repasses fundo a fundo de recursos entre esferas de governos conduzidos pela NOB 96 fortaleceu a di-

menção estratégica do PSF e definiu formas mais complexas de gestão e financiamento do sistema, que, todavia, só foram implementadas em 1998, quando se observa uma verdadeira expansão do PSF. Nesse contexto, a novidade mais significativa do PSF estava na forma de gestão do programa e não em seu modelo de atenção. Sob a lei de responsabilidade fiscal, propunha como alternativa sua gerência privada. Dessa forma, teria flexibilidade na contratação de pessoal e na expansão de serviços. Várias experiências desta modalidade de gestão foram implementadas onde organizações não-governamentais (ONGs) e organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips) passaram a captar recursos financeiros estatais para administrar unidades ou equipes de saúde da família.

FASE DE EXPANSÃO (1998-2002)

Em 1998, a PT/GM n. 3.925/1998 publica o *Manual para Organização da Atenção Básica*, que define o arcabouço jurídico para sua organização nos sistemas de saúde e amplia responsabilidades, ações e objetivos a serem alcançados pelos estados e municípios. A organização da AB foi delegada à gestão municipal e os repasses dos recursos automáticos, por meio da adoção do PAB fixo e variável, criado pela NOB 96, foram modificados e formatados pela portaria GM/MS n. 1.882/1997.

A constituição do PAB para o financiamento dos fundos municipais de saúde introduziu diversos incentivos financeiros para a implementação de equipes de PSF, Pacs, assistência farmacêutica básica, ações de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica e controle das doenças. Também foram consideradas pelo Ministério da Saúde ações estratégicas a serem desenvolvidas na AB: a eliminação da hanseníase; o controle da tuberculose, do diabetes mellitus e da hipertensão; e as ações de saúde bucal, saúde da criança e da mulher.

Foi também pactuado um conjunto de indicadores de acompanhamento e avaliação da AB que, juntamente com a Programação Pactuada Integrada (PPI), permitiria ao gestor do SUS planejar a AB de forma eficaz para toda a população. Compunha-se, dessa forma, um conjunto de ações estratégicas mínimas destinadas à cobertura das ações básicas de prevenção de doenças, assistência ambulatorial e ações no âmbito dos programas descentralizados pelo Ministério da Saúde, que ficaram a cargo dos municípios habilitados em uma das condições de gestão previstas.

O valor fixo do PAB foi calculado com base na população do município e correspondeu a um valor entre R\$ 10 e R\$ 18 *per capita* ao ano.¹ Este pagamento, por intermédio de critérios demográficos, alterou a lógica vigente de financiamento das ações de saúde, na AB, avançando para uma modalidade de pré-pagamento para a remuneração de serviços (Levcovitz, Lima e Machado, 2001). Contudo, manteve a assistência ambulatorial especializada e os procedimentos hospitalares, obedecendo às regras tradicionais de financiamento setorial.

O seu repasse regular e automático do Fundo Nacional para os Fundos Municipais permitiu maior autonomia de gastos aos municípios, representando uma decisiva medida de descentralização financeira do setor e forte incentivo para que estas instâncias subnacionais assumissem progressivamente a gestão da rede básica de serviços de saúde (Costa, 2001). Se, por um lado, a implementação da NOB 96 resultou na expansão da oferta da AB, por outro, tornou evidente a necessidade de superar dificuldades da organização do sistema para garantir a universalidade e integralidade da atenção.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), com primeira edição em 2001 e revista em 2002, avançou em torno da proposta de regionalização da assistência como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, fortaleceu a capacidade de gestão do SUS e atualizou os critérios de habilitação de estados e municípios. A Noas ampliou as responsabilidades da AB, possibilitando a remuneração de um conjunto de procedimentos assistenciais, terapêuticos e de apoio diagnóstico de média e alta complexidade para referência da AB, constituindo o Piso de Atenção Básica Ampliado (PAB-A) e conferindo à AB um papel de destaque no planejamento da saúde, como ações estratégicas de acordo com as especificidades epidemiológicas locais.

A Noas buscou promover a articulação dos serviços básicos à rede de serviços de maior complexidade, apontando-a como principal porta de entrada no sistema. Para essa operacionalização, apresenta mecanismos como a PPI, instrumento de formalização dos pactos intergestores para garantir o acesso da população aos níveis mais complexos do sistema, e o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI), para levantamento da necessidade de instalação de serviços, ampliação de estrutura física e inserção de recursos humanos para ampliar o acesso.

¹ Esses valores foram revistos em 2004, tendo o valor mínimo subido para R\$ 13 (PT/MS n. 2.024, de 23 de setembro de 2004). Ainda nessa mesma data, outra PT/MS (n. 2.023) altera as regras de habilitação para a descentralização do SUS, responsabilizando o município e o Distrito Federal pela gestão da AB.

Ainda são desconhecidos os resultados da Noas 2002 e, particularmente, os ganhos obtidos em termos da melhoria das condições de vida da população, gerados pela elevação de dispêndios em custeio dirigidos à média e alta complexidade da atenção, com base na concertação entre gestores, e que dariam suporte de assistência aos diversos níveis de atenção.

Nesse contexto, o PSF se estendeu para as regiões Sul e Sudeste, buscando alcançar as cidades de grande porte. Em 1998, estava implantado em 1.134 municípios com 3.083 ESF, crescendo, em 1999, para 1.647 municípios com 4.254 ESF; em 2000, para 2.766 municípios, com 8.604 ESF; em 2001, para 3.684 municípios e 13.168 ESF; e, finalmente em 2002, para 3.864 municípios e 14.564 ESF. Ainda em 2001, foram incluídas equipes de saúde bucal no PSF. (Brasil, 2002).

Em 2002, há 69 milhões de habitantes cobertos pelo PSF. Essa cobertura em municípios de até cinco mil habitantes (onde na maioria funciona uma única equipe) é de 75%, reduzindo-se para outros intervalos e alcançando 16% nos centros com mais de quinhentos mil habitantes, onde há necessidade de implantação de centenas de ESF. O financiamento da AB entre 1998 e 2001 cresceu em torno de 158% (recursos especialmente destinados aos programas municipais de ACS e PSF). Contudo, representam ainda um terço dos recursos destinados às média e alta complexidades. Esses limites é que serão objeto do planejamento da fase seguinte, que busca consolidar a estratégia com redefinição de diretrizes e investimentos.

A coordenação do PSF, neste período, se deslocou do interior do Ministério da Saúde para a Secretaria de Políticas de Saúde.

FASE DE CONSOLIDAÇÃO E EXPANSÃO PLANEJADA (2003-2010)

Esta fase se apóia no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), estratégia negociada ao final de 2002, antes da mudança de governo, com financiamento internacional no valor de US\$ 275 bilhões de dólares do Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (Bird) e igual contrapartida do governo federal brasileiro. Representa a principal estratégia atual do Ministério da Saúde de organização e fortalecimento da AB no país, com vigência de sete anos a partir de 2003.

Para tal, os recursos transferidos mensalmente aos municípios resultantes do PAB fixo e do PAB variável aplicados no PSF são válidos como contrapartida federal. A modalidade de transferência ‘Fundo a Fundo’ valerá também para as ações financiadas com recursos do empréstimo, podendo criar um novo incentivo para a conversão no âmbito do PAB variável. As atividades propostas pelo município para reorganização do modelo de AB serão avaliadas através de indicadores de desempenho a serem construídos em base nacional.

O primeiro foco do Proesf é, portanto, o apoio à conversão do modelo de AB à saúde nos municípios com mais de cem mil habitantes e se fundamenta nos seguintes pontos:

- a baixa cobertura do PSF nesses municípios;
- a grande concentração da população brasileira em grandes municípios;²
- a existência de limitações e desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde no interior de grandes centros urbanos, relacionada a problemas sociais urbanos mais abrangentes;
- o papel do PSF como estratégia prioritária de conversão do modelo de atenção, que justificaria sua implantação mesmo em áreas que já tenham oferta de serviços de saúde de outros tipos.

Um outro investimento do Proesf é a adoção de metodologias de acompanhamento e avaliação da AB e da estratégia do PSF, que considerem aspectos estruturais, históricos e do contexto político – institucional, do processo de atenção e do desempenho do sistema de saúde. Esta adoção representa um ponto fundamental para a análise crítica da realidade, com a proposição de eventuais mudanças na política nacional de AB e o apoio aos estados e municípios para a transformação dos sistemas locais e das práticas de atenção à saúde. Portanto, a institucionalização da avaliação da AB nas três esferas representa um passo fundamental para o avanço da política de saúde no sentido da expansão do acesso, mudança do modelo de atenção e garantia de ações de saúde mais adequadas e de qualidade para a população brasileira.

² Apesar de mais de 75% dos municípios brasileiros apresentarem população inferior a 25 mil habitantes, vale ressaltar que mais de 50% da população brasileira reside em municípios com mais de cem mil habitantes.

Em apoio a essa estratégia, tem-se o fortalecimento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, proposto desde 1999 pela portaria GM n. 373, revista em 2002 e alterada recentemente (PT/GM n. 1.433/2004), para apoiar a negociação de metas em relação aos indicadores previamente pactuados para melhoria dos serviços de AB e da situação de saúde da população entre estados e municípios a cada ano. Um dos critérios estabelecidos no pacto da AB para repasse dos recursos é a cobertura dos sistemas nacionais de informações e do seu adequado preenchimento (Brasil, 2004).

Não é por acaso que se tem observado como uma tendência nos municípios de maior porte, ou com maior rede e complexidade de serviços instalados, que o PSF se apresente como um programa paralelo para as populações mais carentes, mantendo-se o modelo de AB tradicional organizado para atender à demanda espontânea e por programas assistenciais específicos. Entretanto, existem exemplos de municípios com mais de cem mil habitantes em que o PSF tem uma alta cobertura populacional, levando a mudanças expressivas na organização do sistema municipal de saúde e no modelo de atenção³ (Escorel et al., 2002).

Uma terceira área de intervenção do Proesf diz respeito ao desenvolvimento de recursos humanos, à capacitação dos profissionais envolvidos e ao reforço da política de recursos humanos para a implementação e o fortalecimento do PSF nos municípios que aderiram à proposta.

A seguir, o Quadro 1 resume as fases de desenvolvimento do PSF, segundo algumas características salientadas no texto.

³ Alguns exemplos são Niterói (RJ), Vitória da Conquista (BA) e Camaragibe (PE).

Quadro 1 – Resumo das fases de desenvolvimento do PSF e suas principais características no Brasil (1994-2003)

Características das fases de desenvolvimento do PSF	Criação do PSF – 1994	Fusão entre Pacs/PSF – 1995-1996	Expansão – 1998 a dez./2002	Consolidação da expansão – jan./2003
Cobertura populacional inicial e final	Menos de 1%	De 2% para 9%	De 9% a 28,6%	De 28,6% a cerca de 60% *
Regiões com maior expansão	Norte e Nordeste	Nordeste, Centro Oeste e Sudeste	Sudeste e Sul	Sudeste e Sul
Porte dos municípios	Pequeno	Pequeno e Médio	Médio e Grande	Com mais de cem mil habitantes
Regra preponderante para transferência dos recursos federais	Assinatura de convênio com o MS/SES – de mar./1994 a dez./1995	Remuneração por serviços produzidos – jan./1996	• Transferência direta do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde (fev./ 1998 – NOB-96) • Remuneração <i>per capita</i> • PAB fixo mais PAB variável	• Transferência direta do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde • PAB-A – habilitação na Noas-SUS/02 • PAB variável. • Financiamento externo – Bird
Vinculação administrativa do PSF no Ministério da Saúde	Programa vinculado à Fundação Nacional de Saúde – 1994	Estratégia de priorização da AB, vinculada à Coordenação de Atenção Básica, Secretaria de Assistência à Saúde – 1995/99	Estratégia vinculada ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde – a partir de 2000	Estratégia vinculada ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde – a partir de 2003

* Projeção considerando a situação atual de cobertura por grupos de municípios, segundo porte populacional e meta estabelecida para os municípios participantes do Proesf de ampliação da cobertura pelo PSF para 60%.

Fonte: Versão adaptada dos indicadores de monitoramento da implementação do PSF em grandes centros urbanos (Brasil, 2001b).

Considerando-se as especificidades dos municípios de grande porte, que apresentam uma oferta prévia de serviços de AB e de outros níveis de atenção, é um desafio a relação das equipes do PSF com as unidades de AB já existentes para o reordenamento da demanda e a reorganização dos fluxos e da oferta em todos os níveis de atenção. A resolução desta situação depende do modelo de PSF implantado, observando-se diferentes formas de organização dos sistemas municipais, que serão comentadas posteriormente (Viana et al., 2002; Escorel et al., 2002).

Outro aspecto é a existência de desigualdades intramunicipais. Isso pode influenciar a adoção de critérios de priorização pelo gestor municipal com uma tendência maior de focalização do programa ou, ainda, a disponibilidade de serviços de vários tipos e a alta mobilidade espacial, particularmente nos aglomerados urbanos, que traz desafios à concretização de políticas de adscrição de clientela com base no território e ao reordenamento da demanda.

Considerações finais

Das características analisadas, destacam-se a questão da política de municipalização, induzida pelo Ministério da Saúde em consonância com a diretriz do SUS, e o rumo que vem tomando a expansão da AB em saúde, para se perceber as alterações efetivamente ocorridas na forma de prestar a assistência.

Estudos conduzidos pelo Ministério da Saúde e diversas pesquisas sugerem a existência de uma grande variedade de situações de implantação e de modelos de PSF nos municípios do país.⁴ Eles voltaram-se fundamentalmente para retratar o processo de implementação do PSF, sobretudo nessa fase de expansão, e subsidiar novas intervenções como é o caso do Proesf. Entretanto, ainda existe uma lacuna no que concerne à avaliação de sua efetividade como política de conversão do modelo de atenção, redução de desigualdades e melhoria da situação de saúde da população, que deve ser objeto de esforços para avaliar e monitorar o processo.

Durante a expansão do PSF, a indução financeira e gerencial estabeleceu que os municípios implementassem a estratégia de diferentes formas, podendo-se pensar alguma tipologia. Destacam-se o tipo 'substitutivo', com a adoção de ESF onde a rede básica era inexistente e a substituição da AB na rede de serviços de primeiro nível já existente pela implementação de ESF. O 'tipo misto ou paralelo' manteve as unidades de AB existentes funcionando segundo modelo definido no plano municipal e implementou ESF e Unidades de Saúde da Família (USF) onde havia carência de serviços na rede anterior.

A forma como o gestor municipal inseriu o PSF na estrutura do sistema municipal pode torná-lo marginal ao sistema e sua coordenação pode ser

⁴ Ver estudos de monitoramento e avaliação normativa realizados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1999a, 1999b, 2001a, 2001b, 2002) e as pesquisas de Escorel et al. (2002), Viana et al. (1998) e Dain et al. (2002).

paralela às estruturas organizativas do sistema municipal. Onde ele foi substitutivo, tendeu a se confundir com a organização da AB.

Segundo o estudo de Viana et al. (2002) nos grandes centros urbanos, as ESF costumam se manter em paralelo à rede básica tradicional e com baixa cobertura. Para Escorel et al. (2002), dentre os municípios com mais de cem mil habitantes, os de menor porte populacional – com baixa (ou inexistente) oferta de serviços – expandiram mais intensivamente a cobertura do PSF, justificando a orientação da estratégia para a priorização de áreas desassistidas. Para a fase de consolidação da expansão nacional para municípios de grande porte com mais de cem mil habitantes, por meio do Proesf, visa-se com apoio externo a alavancar a situação de expansão no conjunto das regiões Sul, Sudeste e Nordeste, ampliando a cobertura.

Muitos municípios apresentam grandes desigualdades internas na oferta/utilização de serviços e situação de saúde da população. Nesses casos, como convivem as ESF e as unidades de AB já funcionando na rede de saúde? É possível superar o limite do pacote mínimo de ações e serviços do PSF, quando se chega ao nível máximo de cobertura desejável pelo programa? A atenção prestada mostra uma resolatividade diferente ao modelo anterior?

Faltam ainda estudos que avaliem essas questões e as novas formas de gestão que a expansão do programa oferece ao SUS, destacando-se a profissionalização dos ACS e a conformação de novas práticas de saúde pelos profissionais da saúde com implicações para sua formação, além do controle público.

Quanto à profissionalização dos ACS, observam-se duas tendências: institucionalizar na saúde a profissão de agentes ‘promotores de cidadania’ que desqualifica o social, simplificando a ação social, e criar outra categoria de profissional da saúde para determinados cuidados de diagnóstico, terapia e mediação da organização dos serviços ou um agenciador das ações dos profissionais da saúde (Mendonça, 2004).

Nos fundamentos da racionalidade da organização e da atenção, essa intervenção não se justifica. A ação social exige estratégias de formação complexas que não correspondem à exigência de inserção no PSF hoje para a seleção dos ACS: escolaridade, moradia na comunidade e papel de liderança comunitária.

É importante rever as práticas dos demais profissionais em função do perfil epidemiológico atual. Essas práticas, ainda apoiadas na multicausalidade, reproduzem em grande medida o modelo preventivista na organiza-

ção da AB tanto nas Unidades Básicas de Saúde quanto fora delas. A mudança ocorre quando informadas pela determinação social da saúde e da doença, que exige do poder público ações coletivas intersetoriais e reorganização do processo de trabalho no setor.

Outro desafio para o SUS é a prática de uma estratégia de regionalização que responda à estrutura federativa, através dos instrumentos da PPI e do PDR, que possibilitaria a articulação da AB com os demais níveis hierárquicos. A integração depende da interação dos gestores para além da autonomia dos níveis de governo e dos interesses particulares. Nesse sentido, é preciso preservar a dimensão pública da política de saúde e nela tornar o controle público um verdadeiro instrumento para se avançar na integralidade.

A questão está em fortalecer a dimensão pública do sistema, ancorado num modelo de determinação social da doença, e rearticular as forças sociais para a garantia de seus direitos à saúde não somente como consumidores, mas sim como cidadãos, fazendo um contraponto à reforma de Estado que privilegia o ajuste fiscal voltado para o mercado e a desqualificação da esfera pública.

Referências bibliográficas

- ARRETCHE, M. *Estado Federativo e Políticas Sociais*. São Paulo: Revam/Fapesp, 2000.
- BARRENECHEA, J., TRUJILLO, E. & CHORNY, A. El proceso SPT/ 2000 y sus implicaciones para la orientación de la planificación y administración de los sistemas de servicios de salud. In: BARRENECHEA, J., TRUJILLO, E. & CHORNY, A. *Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud*. Colômbia: Editorial Universidade de Antioquia, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999a.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Atenção Básica. *Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF (relatório preliminar)*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999b.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. *Piso de Atenção Básica (PAB): parte fixa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*. Norma Operacional da Assistência à Saúde Noas-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar. 2. ed., revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.023, 23 set. 2004. Define responsabilidade pela gestão da Atenção Básica no sistema municipal de saúde. *Diário Oficial*, Brasília, 2004.
- CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através das normas operacionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 435-444, 2001.
- COSTA, N. do R. O Banco Mundial e a política social nos anos 90: a agenda para a reforma do setor saúde no Brasil. In: COSTA, N. do R. & RIBEIRO, J. M. (Orgs.). *Política de Saúde e Inovação Institucional: uma agenda para os anos 90*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- COSTA, N. do R. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: NEGRI, B. & DI GIOVANNI, G. (Orgs.). *Brasil: radiografia da saúde*. São paulo: IEI/Unicamp, 2001.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- DAIN, S. et al. *A Reestruturação do Modelo Assistencial de Saúde em Grandes Cidades: padrões de custo e formas de financiamento*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2002.
- DRAIBE, S. M. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Uma reflexão a propósito da experiência latino-americana recente de reformas dos programas sociais. *São Paulo em Perspectiva*, 11(4): 3-15, 1997.
- ESCOREL, S. et al. *Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2002.
- GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, 26(60): 37-61, 2000.
- HEIMANN, L. S. et al. *Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal*. São Paulo: Sobravime, 2000.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 269-291, 2001.

- LUCCHESI, P. T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde: a implementação do sistema único de saúde – retrospectiva 1990/1995. *Revista Planejamento e Políticas Públicas*, 14: 75-156, 1996.
- MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R de A. (Orgs.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Abrasco, 2003.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R de A. (Orgs.). *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Abrasco, 2001.
- MENDONÇA, M. H. M. Sistema Único de Saúde no Brasil: entre o formal e o real, as vicissitudes da construção de uma intervenção pública moderna. *Saúde em Debate*, 54: 9-24, 2002.
- MENDONÇA, M. H. M. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da Reforma Sanitária. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2(2): 2004. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/revista/> >.
- PAIM, J. & ALMEIDA FILHO, N. *A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Saúde/ISC/UFBA, 2000.
- PEREIRA, L. C. B. *A Reforma do Estado dos Anos 90: lógica e mecanismos de controle*. Brasília: Ministério da Administração e Reforma de Estado, 1997.
- TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate*, 27(65): 257-277, 2003.
- TESTA, M. Atenção primária (ou primitiva?). In: TESTA, M. (Org.). *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- VIANA, A. L. & DAL POZ, M. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 8(2): 11-48, 1998.
- VIANA, A. L. et al. *Indicadores de monitoramento da implementação do PSF em grandes centros urbanos*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2002. Disponível em: <www.saude.gov.br/proesf>.

Formato: 16 x 23 cm

Tipologia: Humanist e Garamond

Papel: Pólen bold 70g/m²(miolo)

Cartão supremo 250g/m² (capa)

Reimpressão e acabamento: Imprinta Express Gráfica e Editora Ltda.

Rio de Janeiro, maio de 2011.

Não encontrando nossos títulos em livrarias,

contactar a EDITORA FIOCRUZ:

Av. Brasil, 4036 – térreo – sala 112 – Manguinhos

21040-361 – Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 3882-9039 e 3882-9041

Telefax: (21) 3882-9006

www.fiocruz.br/editora | editora@fiocruz.br

